

# UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

## FACULTAD DE ENFERMERÍA



### AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EN EL CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO “PEDRO P.DÍAZ”.AREQUIPA, 2013

Tesis presentada por las Bachilleres:

**MILAGROS CECILIA ARENAZA NUÑEZ**  
**PAOLA ROXANA CHAYÑA ZEVALLOS**

Para optar el Título Profesional de:  
**LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

**AREQUIPA – PERÚ**  
**2013**

## PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARIA.

S.D

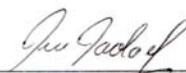
De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que UD. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado el presente trabajo de investigación: **AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EN EL CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO "PEDRO P. DÍAZ". AREQUIPA, 2013.** Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Julio del 2013



*Milagros Cecilia Arenaza Nuñez*



*Paola Roxana Chayña Zevallos*

## INFORME DE ASESORIA DE TESIS

**A** : **Mgter. Ruth Romero de Rodríguez**  
Decana de la Facultad de Enfermería

**DE** : **Dra. Dominga Vargas de Flores**  
Asesora del estudio de Investigación

**ASUNTO** : Asesoría de Tesis Titulada:

AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS  
MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS  
ATENDIDOS EN EL CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO "PEDRO P.  
DÍAZ". AREQUIPA, 2013

**AUTORAS** : *MILAGROS CECILIA ARENAZA NUÑEZ*  
*PAOLA ROXANA CHAYÑA ZEVALLOS*

**FECHA** : Arequipa, 01 de Julio del 2013

**Antecedentes:** La asesoría del estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de Marzo a Junio del 2013, tiempo en el que se revisó el Enunciado, los Objetivos, Variables, Justificación, Hipótesis, Marco Teórico y el Contenido Operacional; revisión que demandó la reestructuración tanto de la teoría como de la investigación propiamente dicha, en la que se ha considerado tablas estadísticas.

**Apreciación Personal:** Los resultados de la investigación permitirán fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión de Enfermería.

Atentamente,

  
Dra. Dominga Vargas de Flores

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS**

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen de Borrador de Tesis:  
"AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE  
60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EN EL CENTRO  
MÉDICO UNIVERSITARIO "PEDRO P. DÍAZ". AREQUIPA, 2013"

AUTORAS : MILAGROS CECILIA ARENAZA NUÑEZ  
PAOLA ROXANA CHAYÑA ZEVALLOS

FECHA : Arequipa, 28 de Agosto del 2013

---

Subsanadas las observaciones del Jurado Dictaminador puede pasar a la fase de SUSTENTACIÓN según el reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,

  
Dra. Lupe Mesias de Delgado  
Presidenta

  
Mgter. Mirta Cardeña Valverde  
Secretaria

  
Lic. Nancy Tejada de Riveros  
Miembro Integrante

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

### DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:  
**AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS  
MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II ATENDIDOS EN EL  
CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO "PEDRO P. DÍAZ". AREQUIPA  
2013**

Autoras : MILAGROS CECILIA ARENAZA NUÑEZ  
PAOLA ROXANA CHAYÑA ZEVALLOS

Fecha : Arequipa, 15 de Abril del 2013

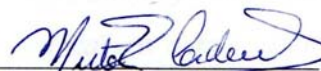
---

Después de haber subsanado las observaciones hechas por el Jurado Dictaminador, el proyecto queda apto para su ejecución.

Atentamente,



Dra. Lupe Mesias de Delgado  
Miembro del Jurado Dictaminador



Mgter. Mirta Cardena Valverde  
Miembro del Jurado Dictaminador

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
Facultad de Enfermería

RECEPCIÓN

FECHA: 19 ABR 2013  
HORA:   
PERSONA:   
Y

## ***AGRADECIMIENTOS***

*Agradecemos a Dios por ser guía y luz en nuestro camino, por mostrarnos día a día que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible. Por bendecirnos y permitirnos hacer realidad este sueño anhelado.*

*A nuestros padres por permitirnos estudiar en una Universidad de prestigio y ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.*

*A nuestra alma mater Universidad Católica de Santa María por darnos la oportunidad de contar con docentes calificados que con sus conocimientos, experiencias y su motivación han logrado que podamos formarnos ética y profesionalmente.*

*A nuestras docentes, por haber compartido con nosotras sus conocimientos y su amistad.*

*A todas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las que nos encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestras vidas, sin importar en donde estén queremos darles las gracias por formar parte de nosotras, por todo lo que nos han brindado y por todas sus bendiciones.*

## ***DEDICATORIA***

*Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a Dios porque me permite vivir y por regalarme una familia maravillosa.*

*A mis padres, a mi familia y a ti Brian por brindarme tu apoyo incondicional por estar conmigo en todos los momentos de mi vida.*

*A mi hijo Fabrizio por ser mi inspiración para lograr mis objetivos y cumplir mis metas.*

*Milagros Cecilia Arenaza Núñez.*

*Dedico mi tesis a Dios por su infinito amor de haberme dado salud para lograr mis objetivos y haberme permitido llegar hasta este punto.*

*A mis padres por sus consejos y apoyo, porque gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mis metas.*

*Paola Roxana Chayña Zevallos.*

## INDICE

|                         | PÁG. |
|-------------------------|------|
| INDICE DE ILUSTRACIONES | 06   |
| RESUMEN                 | 08   |
| ABSTRACT                | 09   |
| INTRODUCCION            | 10   |

### CAPITULO I

#### PLANTEAMIENTO TEORICO

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN  | 12 |
| 1.1 Enunciado del Problema    | 12 |
| 1.2 Descripción del Problema  | 12 |
| 1.3 Justificación             | 14 |
| 2. OBJETIVOS                  | 15 |
| 3. MARCO TEÓRICO              | 16 |
| 4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS | 49 |
| 5. HIPÓTESIS                  | 49 |

### CAPITULO II

#### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 1. TECNICA E INSTRUMENTO              | 50 |
| 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN              | 50 |
| 2.1. Ubicación Espacial               | 50 |
| 2.2. Ubicación Temporal               | 52 |
| 2.3. Unidades de Estudio              | 52 |
| 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 53 |
| 4. CRONOGRAMA DE TRABAJO              |    |

## CAPÍTULO III RESULTADOS

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS | 57 |
| CONCLUSIONES                                       | 73 |
| RECOMENDACIONES                                    | 74 |
| BIBLIOGRAFÍA                                       | 75 |
| ANEXOS                                             | 77 |



## INDICE DE ILUSTRACIONES

| <b>TABLAS</b>                                                                                                                                                 | <b>PÁG</b>  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1.<br>ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO AL PROBLEMA POR EDAD. CENTRO MÉDICO P.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013          | A<br><br>58 |
| 2.<br>ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO AL PROBLEMA SEGÚN GÉNERO. CENTRO MÉDICO P.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013      | A<br><br>59 |
| 3.<br>ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO AL PROBLEMA POR ESTADO CIVIL. CENTRO MÉDICO P.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013  | A<br><br>60 |
| 4.<br>ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO AL PROBLEMA POR OCUPACION. CENTRO MÉDICO P.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013     | A<br><br>61 |
| 5.<br>ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO AL PROBLEMA POR RELIGION. CENTRO MÉDICO P.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013      | A<br><br>62 |
| 6.<br>ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA EMOCION POR EDAD. CENTRO MÉDICO P.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013         | A<br><br>63 |
| 7.<br>DULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA EMOCION SEGÚN GÉNERO. CENTRO MÉDICO P.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013      | A<br><br>64 |
| 8.<br>ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA EMOCION POR ESTADO CIVIL. CENTRO MÉDICO P.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013 | A<br><br>65 |

- |     |                                                                                                                                                                           |         |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 9.  | ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA EMOCION POR OCUPACION. CENTRO MÉDICO P.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013                      | A<br>66 |
| 10. | ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA EMOCION POR RELIGION. CENTRO MÉDICO P.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013                       | A<br>67 |
| 11. | ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA PERCEPCION SEGUN EDAD, CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA, 2013       | A<br>68 |
| 12. | ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA PERCEPCION SEGUN GENERO, CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA, 2013     | A<br>69 |
| 13. | ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA PERCEPCION POR ESTADO CIVIL, CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA, 2013 | A<br>70 |
| 14. | ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA PERCEPCION POR OCUPACION, CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA, 2013    | A<br>71 |
| 15. | ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS SEGÚN AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA PERCEPCION POR RELIGION, CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA, 2013     | A<br>72 |

## RESUMEN

### **AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EN EL CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO “PEDRO P.DÍAZ”. AREQUIPA, 2013.**

Presentado por las Bachilleres en Enfermería MILAGROS CECILIA ARENAZA NUÑEZ y PAOLA ROXANA CHAYÑA ZEVALLOS, para obtener el Título Profesional de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo. Teléfono 251210, Fax 054 – 219283, Apartado Postal 1350, Arequipa – Perú.

#### **OBJETIVOS**

- Determinar el afrontamiento del estrés en pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus enfocado al problema.
- Determinar el afrontamiento del estrés en pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus enfocado a la emoción.
- Determinar el afrontamiento del estrés en pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus enfocado a la percepción.

#### **HIPOTESIS**

#### **METODOLOGÍA**

Se utilizó como técnica la Entrevista, como Instrumento la cédula de entrevista, el cual fue aplicado a Adultos Mayores del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz de Arequipa.

#### **CONCLUSIONES**

1. Los adultos mayores con Diabetes Mellitus, de menores edades, género femenino, de estado civil casados, dedicados al hogar y de religión católica son los que en mayoría afrontan el estrés enfocado al problema, en forma moderada y leve.
2. En el enfoque de emoción, tanto los adultos mayores con Diabetes Mellitus que afrontan el estrés como los que no lo afrontan son en mayoría los de menor edad, son casados, pertenecen al género femenino, se dedican al hogar y pertenecen a la religión católica.  
En este enfoque, en general los adultos mayores en porcentajes que supera el 40.0 % no afrontan el estrés.
3. Considerando el enfoque de la percepción, los adultos mayores con Diabetes Mellitus, de menores edades, género femenino, de estado civil casados, dedicados al hogar y de religión católica son los que en mayoría afrontan el estrés en forma moderada y leve.

#### **RECOMENDACIONES**

Se recomienda a:

1. Las profesionales de Enfermería del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz enfatizar y/o incluir en la gestión técnica y administrativa de la atención de enfermería a los adultos mayores con Diabetes Mellitus, el cuidado humanizado a fin de cuidar psicoemocionalmente a dichos pacientes.
2. A los miembros del equipo de salud realizar monitoreo psicológico a los adultos mayores atendidos en el Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz de Arequipa.
3. A la unidad de capacitación del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz elabore programas de educación preventivo-promocional que incluya la forma de cómo afrontar el estrés en casos de enfermedades crónicas en los adultos mayores.

MILAGROS CECILIA ARENAZA NUÑEZ  
PAOLA ROXANA CHAYÑA ZEVALLOS

Arequipa – Perú

2013

## ABSTRACT

COPING WITH STRESS IN PATIENTS OVER 60 TO 80 YEARS WITH DIABETES MELLITUS IN UNIVERSITY MEDICAL CENTER "PEDRO P. DÍAZ" .Arequipa, 2013.

Presented by the Bachelors in Nursing: MILAGROS CECILIA ARENAZA NUÑEZ and PAOLA ROXANA CHAYÑA ZEVALLOS, to obtain the Professional Title LICENSED NURSING CATHOLIC UNIVERSITY OF SANTA MARIA, located in the urbanization San Jose S / N Umacollo. Telephone 251210, Fax 054-219283, PO Box 1350, Arequipa - Peru.

### OBJECTIVES

- Determine the stress coping in Elderly Patients over 60 to 80 years with Diabetes Mellitus focused on the problem.
- Determine the stress coping in Elderly Patients over 60 to 80 years with Diabetes Mellitus focused on emotion.
- Determine the stress coping in Elderly Patients over 60 to 80 years with Diabetes Mellitus focused on perception.

### HYPOTHESIS

### METHODOLOGY

Technique was used as the Survey, as the writ of interview instrument, which was applied to Senior University Medical Center Pedro P. Diaz de Arequipa.

### CONCLUSIONS

1. The older adult with diabetes mellitus, juvenile age, female gender, marital status married, devoted to home and catholic majority are those who deal with stress focused problem, moderate and mild.
2. Two. In the focus of emotion, both older adults with Diabetes Mellitus who face stress as those who do not deal with stress as those not facing are mostly younger, are married, are female, engaged in home and belong to the Catholic religion.  
In this approach, in general, older adults in percentages exceeds 40.0% or not deal with stress.
3. Three. Considering the focus of perception, older adults with diabetes mellitus, higher age, female gender, marital status married, devoted to home and catholic majority are those who deal with stress in a moderate and mild.

### RECOMMENDATIONS

It is recommended that:

1. Professional Nursing The University Medical Center Pedro P. Diaz emphasize and / or included in the technical and administrative management of nursing care to older adults with diabetes mellitus, humanized care psychoemotionally care to such patients.
2. Two. A team members perform monitoring psychological health for older adults treated at the University Medical Center Pedro P. Diaz de Arequipa.
3. Three. A training unit at University Medical Center Pedro P. Diaz develop education programs that include preventive-promotional as how to deal with stress in chronic diseases in older adults.

MILAGROS CECILIA ARENAZA NUÑEZ  
PAOLA ROXANA CHAYÑA ZEVALLOS

Arequipa – Perú

2013

## INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus representa un problema de salud que demanda intervenciones prioritarias tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y el autocuidado de la salud; es una de las principales causas de discapacidad psicoemocional, física y de muerte en los pacientes adultos que la padecen.

Los pacientes con Diabetes Mellitus se enfrentan a múltiples problemas biofísicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo. Asimismo, están obligados a realizar cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, existiendo seria dificultad para llevar una buena calidad de vida, por lo que los modos de afrontamiento juegan un papel imprescindible que incidirá en su calidad de vida.

Por otro lado, se considera a la Diabetes Mellitus no sólo como una enfermedad crónica que transforma la vida de los pacientes, sino también la de sus familiares ya que el estrés es considerado crucial y de importancia que puede influir como elemento desequilibrante en su vida personal, actuando como elemento perturbador en su desenvolvimiento social, por lo que investigar en los pacientes diabéticos como afrontan el estrés puede ayudar a lograr formas de enfrentamiento eficaces.

El presente estudio contiene el análisis del Afrontamiento del Estrés en pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años realizado en el Centro Medico Universitario Pedro P. Díaz ubicado en el distrito de Paucarpata en Arequipa, con el fin de determinar el nivel de Afrontamiento del Estrés enfocado al Problema, a la Emoción y Percepción.

Desde la perspectiva metodológica, el tema investigado es descriptivo, de corte transversal. Para la obtención de los datos se usó como técnica la encuesta y como instrumento la cédula de entrevista y la escala de afrontamiento del estrés aplicado a 50 pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus.

El contenido del estudio en mención se presenta técnicamente en tres capítulos, considerando el esquema de investigación de la universidad.

En el primer capítulo se detalla el planteamiento teórico; en el segundo, el operacional y el no menos importante; tercer capítulo que nos presenta los resultados, conclusiones y recomendaciones de los datos que analizados é interpretados inducen a la apertura de resultados que van a aportar beneficios directos.

Concluyendo la presentación de la investigación se exponen las referencias bibliográficas y anexos.



## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO TEORICO

#### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

##### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Afrontamiento del Estrés en Pacientes adultos mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus atendidos en el Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz. Arequipa, 2013

##### 1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

###### 1.2.1. Ubicación del Problema

- a. Campo: Ciencias de la Salud
- b. Área : Enfermería
- c. Línea : Salud Mental

###### 1.2.2. Análisis de Variables

El estudio tiene una variable:

Afrontamiento del Estrés en Pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus.

| Variables                                                                                   | Indicadores                                                                                                                                      | Subindicadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Afrontamiento del estrés en Pacientes Adultos mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfocado al problema</li> <li>2. Enfocado a la emoción</li> <li>3. Enfocado a la Percepción</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Afrontamiento activo.</li> <li>1.2. Planificación.</li> <li>1.3. Supervisión de actividades competentes.</li> <li>1.4. Postergación.</li> <li>1.5. Apoyo Social por razones instrumentales.</li> <li>2.1. Búsqueda de apoyo social razón emocional.</li> <li>2.2. Reinterpretación positiva y crecimiento.</li> <li>2.3. Aceptación.</li> <li>2.4. Negación.</li> <li>2.5. Acudir a la religión.</li> <li>3.1. Enfocar y liberar emociones.</li> <li>3.2. Desentendimiento conductual.</li> <li>3.3. Desentendimiento mental.</li> </ol> |

### 1.2.3. INTERROGANTES BÁSICAS

- a. ¿Cómo es el afrontamiento del estrés en pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus enfocado al problema?
- b. ¿Cómo es el afrontamiento del estrés en pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus enfocado a la emoción?
- c. ¿Cómo es el afrontamiento del estrés en pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus enfocado a la percepción?

### 1.2.4. TIPO Y NIVEL DEL PROBLEMA

Tipo: De Campo

Nivel: Descriptivo, de corte transversal

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

La Diabetes en la actualidad representa un problema de salud que demanda intervenciones prioritarias tanto en el diagnóstico como en el tratamiento; es una de las principales causas de compromiso psicoemocional y muerte en los pacientes adultos mayores que la portan.

Se observa que los pacientes con Diabetes Mellitus se enfrentan a múltiples problemas biofísicos, psicológicos y sociales debido a que se les hace el diagnóstico de una enfermedad que va a cambiar su vida, cuya complejidad aumenta con el tiempo. Asimismo, están obligados a realizar cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, existiendo seria dificultad para sobrellevar la vida familiar. Es probable que el cuidado de la Diabetes Mellitus le haga sentirse diferente a los otros miembros de la familia, amigos o compañeros de trabajo por lo que puede adaptarse a vivir con la Diabetes Mellitus, o bien no adaptarse y sufrir estrés y complicaciones más tempranamente. Por ello, es importante conocer cómo afrontan el estrés las personas que sufren de diabetes mellitus debido a que los modos de afrontamiento juegan un papel importante que incidirá en la calidad de vida.

La OMS señala un porcentaje elevado que oscila entre el 26.8% - 29.0% de los problemas de salud mental se asocian a las enfermedades crónicas irreversibles como la Diabetes Mellitus.<sup>1</sup>

Según el MINSA en el Perú, la prevalencia de diabetes es del 1%- 8% de la población general, afectando a más de un millón de peruanos. En el departamento de Arequipa hay 853 casos de Diabetes Mellitus en adultos mayores de 60 años en Establecimientos de Salud del MINSA<sup>2</sup>.

Por otro lado, se considera a la Diabetes Mellitus no sólo como una enfermedad crónica que transforma la vida de los pacientes, sino también la de los familiares y demás personas de su entorno social.

---

<sup>1</sup>Organización Mundial de Salud. La Salud Mental en América Latina. Washington, 2001

<sup>2</sup>Ministerio de Salud. Información Estadística. Perú 2013

Apreciando el inmenso valor que para la práctica profesional adquiere la solución de los problemas de salud de los pacientes con Diabetes Mellitus, es que se realiza la investigación con el propósito de describir el afrontamiento del estrés en pacientes diabéticos.

El estudio es pertinente realizarlo en razón a que la situación del paciente requiere de mejoras dirigidas a incrementar la forma de afrontar humana y socialmente la enfermedad, que repercuta en una mejor calidad de vida del paciente y de su familia.

El presente estudio demanda de una prolija revisión bibliográfica, la que aunada a los resultados a obtener, tendrán como consecuencia el fortalecimiento del cuerpo de conocimientos de la salud física y mental. Muchos de los aspectos relacionados a la Diabetes Mellitus se pueden mejorar ajustando estrategias y la forma de cómo enfrentar el estrés de los pacientes.

Se tiene también que si bien se reconoce antecedentes investigativos, éste posee un enfoque singular que lo acredita como original.

De otro lado, la investigación es factible de realizarla en atención al análisis de factibilidad y disponibilidad de unidades de estudio, recursos y literatura especializada.

Finalmente, la realización, sustentación y aprobación del presente estudio permite a las autoras la obtención del Título de Licenciadas en Enfermería.

## **2. OBJETIVOS**

- 2.1. Determinar el afrontamiento del estrés en pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus enfocado al problema.
- 2.2. Determinar el afrontamiento del estrés en pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus enfocado a la emoción.
- 2.3. Determinar el afrontamiento del estrés en pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus enfocado a la percepción.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. DIABETES MELLITUS

La diabetes es un grupo de trastornos metabólicos, caracterizadas por la elevación de la concentración de glucosa en la sangre, o hiperglucemia. Normalmente, en la sangre circula cierta cantidad de glucosa, la cual se forma en el hígado a partir de los alimentos ingeridos. La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en sangre al regular su producción y almacenamiento. Permite que la glucosa sea transportada al interior de las células, de modo que éstas produzcan energía o almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. Cuando falla, origina un aumento excesivo de la glucosa que contiene la sangre.

En la diabetes se reduce la capacidad del cuerpo para responder a la insulina, o el páncreas deja de producirla. Lo anterior conduce a la hiperglucemia, que puede resultar en complicaciones metabólicas graves, como la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperosmolar no cetónico (*hyperglycemichyperosmolar nonketotic, HHNK*). La hiperglucemia de larga duración es una de las causas de complicaciones microvasculares crónicas (padecimientos renales y de los ojos) y complicaciones neuropáticas (enfermedades de los nervios). La diabetes también está relacionada con una mayor presencia de enfermedades macrovasculares, entre otras, infarto al miocardio, apoplejía y vasculopatía periférica.<sup>2</sup>

##### 3.1.1. TIPOS DE DIABETES

Hay diferentes tipos de diabetes que difieren en su causa, curso clínico y tratamiento. Las principales clasificaciones de diabetes son las siguientes:

- Tipo 1: antes denominada Diabetes Mellitus Insulino-Dependiente (*insulin-dependent diabetes mellitus, IDDM*)
- Tipo 2: antes denominada Diabetes Mellitus No Insulino-Dependiente

---

<sup>2</sup> [http://www.revistaavft.com/avft\\_21\\_2\\_2002/8.pdf](http://www.revistaavft.com/avft_21_2_2002/8.pdf)

(*no insulin-dependent diabetes mellitus*, NIDDM)

- Diabetes gestacional (*gestational diabetes mellitus*, GDM)<sup>3</sup>
- Diabetes mellitus relacionada con otros padecimientos o síndromes

Del 5 al 10% de los diabéticos padecen la variante tipo 1, o sea la diabetes insulino dependiente. En esta forma de diabetes, las células beta del páncreas que normalmente producen insulina son destruidas por un proceso autoinmune, por lo que se requieren inyecciones de insulina para controlar los niveles de glucosa en sangre. La Diabetes tipo 1 se caracteriza por una aparición repentina, en general antes de los 30 años de edad.

Del 90 al 95% de los diabéticos presentan el tipo 2, o diabetes no insulino dependiente, que se debe a una disminución de la sensibilidad celular a la insulina (resistencia insulínica) y a una reducción de la producción de insulina. El tratamiento inicial es con dieta y ejercicios. Si no se reducen las concentraciones de glucosa, la dieta y los ejercicios se complementan con hipoglucémicos orales. En algunos individuos con diabetes tipo 2, los agentes orales no controlan la hiperglucemia, y se requieren inyecciones de insulina. Por otra parte, algunos enfermos que en general controlan su diabetes tipo 2 con dieta, ejercicio y agentes orales, podrían necesitar inyecciones de insulina en periodos de estrés fisiológico agudo (como enfermedad o cirugía). La diabetes tipo 2 aparece con mayor frecuencia en personas mayores de 30 años y en obesos.

Las complicaciones de la diabetes se pueden desarrollar en cualquier persona con diabetes tipo 1 o tipo 2.

Algunas personas con diabetes tipo 2, tratadas con medicamentos orales, en realidad suelen dar la impresión de que no padecen la enfermedad, o que simplemente están “al borde” de la misma. Quizá sientan que, comparados con los pacientes diabéticos que requieren inyecciones de insulina, su

<sup>3</sup> <http://www.diabetesalud.com/diabetes/que-es-la-diabetes/tipos-de-diabetes>

diabetes no es un problema “grave”. Es importante que la enfermera les resalte la importancia de que, si tienen diagnóstico de concentraciones elevadas de glucosa y requieren medicamentos orales para controlarla, en realidad tienen diabetes y no un problema relacionado con el azúcar. (Este problema de diabetes en la actualidad se clasifica como alteración de la tolerancia a la glucosa y se refiere a un estado en que la concentración de glucosa se halla entre la normalidad y los niveles considerados diagnósticos de diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica que afecta a miles de personas.

La diabetes tiene prevalencia especial en ancianos, y el tipo 2 se presenta entre personas mayores de 65 años de edad con una frecuencia de 8.6%. De este porcentaje, 15% corresponde a la población de cuidados en el hogar. La tasa más alta de diabetes corresponde a latinos, negros y algunos estadounidenses nativos, más que a la población caucásica.

El gasto económico que representa la diabetes sigue en aumento debido a los altos costos médicos y al mayor promedio de edad de la población. Los costos relacionados en forma directa con la diabetes se estiman *conservadoramente* en 20 000 millones de dólares al año, los cuales incluyen gastos médicos directos y costos indirectos por incapacidad y muerte prematura.

### 3.1.2. FISIOLÓGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

La insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas, y se considera una hormona anabólica o de almacenamiento. Con las comidas, la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y lipocitos. En estas células, la insulina tiene los siguientes efectos:

- Estimula el almacenaje de glucosa en hígado y músculos (en forma de glucógeno)
- Estimula el almacenaje de la grasa de la dieta en el tejido adiposo

- Acelera el transporte de aminoácidos (derivados de las proteínas de la dieta) en las células

La insulina también inhibe la degradación de la glucosa almacenada, proteínas y grasas.

Durante los periodos “de ayuno” (entre alimentos y en la noche) hay liberación continua de insulina, pero en menor cantidad, además de mayor excreción de otra hormona pancreática llamada glucagon (secretada por las células alfa de los islotes de Langerhans). El efecto neto del equilibrio entre la concentración de insulina y la de glucagon sirve para mantener un nivel constante de la glucemia mediante la liberación de glucosa por el hígado.

Al principio, el hígado produce glucosa al presentarse la degradación de glucógeno (glucogenólisis). Después de 8 a 12 h de ayuno, el hígado forma nueva glucosa a partir de sustancias sin carbohidratos, incluidos los aminoácidos (gluconeogénesis).<sup>4</sup>

#### **3.1.2.1. Fisiopatología de la diabetes tipo 1**

En las personas con diabetes tipo 1 el páncreas pierde la capacidad de producir insulina ya que existe una destrucción de las células beta que son las que generan la insulina, la cual debe ser administrada diariamente para que la persona pueda metabolizar la glucosa de los alimentos. Si bien no se conoce a fondo los fenómenos que llevan a la destrucción de la célula beta, en general se acepta que cierta susceptibilidad genética es un factor subyacente común en el desarrollo de la diabetes tipo 1.

También hay pruebas de una respuesta autoinmunitaria en la diabetes tipo 1, que es una respuesta anormal en la cual los anticuerpos se dirigen contra los tejidos normales del organismo y reaccionan ante ellos como si fueran extraños. Además de los componentes genéticos e inmunitarios, se están investigando factores ambientales, como virus o toxinas, que podrían iniciar la destrucción de la célula beta.

Este tipo de diabetes se presenta principalmente en jóvenes.

---

<sup>4</sup> Obregón Jarava F. Estudio fisiopatológico de la diabetes. Editorial Minerva, Bogotá. 2002. Pág. 34

### 3.1.2.2. Fisiopatología de la diabetes tipo 2

En la diabetes tipo 2 hay dos aspectos principales relacionados con la insulina: resistencia insulínica y alteración de la secreción de insulina. La **resistencia insulínica** es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. Normalmente, la insulina se fija a los receptores especiales de las superficies celulares, con lo que aparece una serie de reacciones en el metabolismo de la glucosa dentro de la célula. La resistencia insulínica de la diabetes tipo 2 se acompaña de disminución de estas reacciones intracelulares, por lo que la insulina se vuelve menos eficaz para estimular la captación de glucosa por los tejidos. Esto quiere decir que los receptores de las células que se encargan de facilitar la entrada de la insulina a la propia célula están dañados.

Para superar la resistencia insulínica y evitar la formación gradual de glucosa en la sangre, debe aumentarse la cantidad de insulina secretada. En las personas con intolerancia a la glucosa, esto se debe a una secreción excesiva de insulina; el nivel de glucosa es normal o ligeramente elevado. Sin embargo, si las células beta son incapaces de continuar con la creciente demanda de insulina, la glucemia se eleva y se desarrolla diabetes tipo 2.

Aunque esté alterada la secreción de insulina, característica de la diabetes tipo 2, hay la suficiente para evitar la degradación de los lípidos y la producción consecuente de cuerpos cetónicos. Por tanto, en la diabetes tipo 2 no se presenta cetoacidosis diabética, pero esta última sin control ocasiona otro problema agudo llamado síndrome hiperosmolar no cetónico.

La diabetes tipo 2 es más común en obesos mayores de 30 años de edad. Debido a la intolerancia progresiva lenta (por años) a la glucosa, el inicio de la diabetes tipo 2 quizá pase inadvertido por muchos años. Si se experimentan síntomas, por lo regular son ligeros e incluyen fatiga, irritabilidad, poliuria, polidipsia, heridas en la piel que cicatrizan mal, infecciones vaginales o visión borrosa (si la glucemia es muy alta).

En la mayoría de los pacientes (cerca de 75%), la diabetes tipo 2 se descubre de manera incidental cuando se realizan pruebas de laboratorio sistemáticas. Las consecuencias de la diabetes no descubierta durante muchos años son las complicaciones a largo plazo (p. ej., oculopatías, neuropatía periférica, vasculopatía periférica) las cuales se desarrollan antes de efectuar el diagnóstico real de diabetes.

Debido a que la resistencia insulínica se relaciona con obesidad, el tratamiento básico de la diabetes tipo 2 consiste en que el paciente baje de peso. El ejercicio también es importante para favorecer la eficacia de la insulina. Pueden agregarse agentes hipoglucémicos si no se logra controlar la glucemia mediante dieta y ejercicios. Se utiliza insulina si fracasa el uso de dosis máximas de agentes orales para reducir la concentración de glucosa a valores satisfactorios. Algunos pacientes requieren insulina de manera continua, en tanto que otros la necesitan sólo durante los períodos de estrés fisiológico agudo, como enfermedad o cirugía.<sup>5</sup>

### **3.1.3. ETIOLOGÍA DE LA DIABETES**

#### **3.1.3.1. Diabetes Tipo 2**

Los mecanismos exactos que conducen a la resistencia insulínica y a la alteración de la secreción de insulina en la diabetes tipo 2 se desconocen hasta este momento. Se considera que los factores genéticos participan en el desarrollo de la resistencia a la insulina. Además, se sabe que hay ciertos factores de riesgo aunados al desarrollo de diabetes tipo 2, que son:

- Edad (la resistencia a la insulina aparece después de los 65 años de edad)
- Obesidad
- Anamnesis
- Grupo étnico (en Estados Unidos, hay mayor probabilidad de diabetes tipo

---

<sup>5</sup>J. F. Diaz C. E. Delgado A. "Diabetes Tipo 2. Manual para Atención Primaria". Abbott Científica Medinense. España, 2004.

2 entre latinos e indios estadounidenses, y en menor grado en los negros)

### 3.1.4. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

La presencia de glucemia anormalmente alta es el criterio en que debe basarse el diagnóstico de diabetes. La glucemia en ayunas mayor de 140 mg/100 ml o la glucemia al azar mayor de 200 mg/100 ml en más de una ocasión sugiere el diagnóstico de diabetes. Si la glucemia preprandial es normal o cercana a lo normal, el diagnóstico debe elaborarse con base en la curva de tolerancia a la glucosa.<sup>6</sup>

#### 3.1.4.1. Curva de tolerancia a la glucosa

En la actualidad, la curva de tolerancia a la glucosa oral es más sensible se realiza mediante la administración de una solución sencilla de carbohidratos.

El paciente ingiere alimentos ricos en carbohidratos (150-300 g) durante los tres días que preceden al estudio, ayuna en la noche del último día y se le extrae una muestra de sangre. Acto seguido, se le administra una carga de 75 g de carbohidratos, por lo general en forma de bebida carbonatada y azucarada. Se indica al sujeto que se sienta tranquilo durante la prueba y evite el ejercicio, tabaquismo, café e ingestión de cualquier otra cosa que no sea agua.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las muestras de sangre se tomen 2 horas después de la ingestión de glucosa. Las recomendaciones del National Diabetes Data Group incluyen también tomar muestras de sangre a los 30 y 60 min después de la ingestión de glucosa.

Según criterios de la OMS para el diagnóstico de diabetes mellitus realizando la curva de tolerancia a la glucosa con carga de 75g. Realizando medición a las 2 horas.

---

<sup>6</sup> Sánchez-Medina M, Cortázar J. Diabetes Mellitus en Colombia. RevSoc Col Endocrinol2006. Pág. 136.

Diabetes Mellitus: 200mg/dL



Intolerancia a la glucosa: 140-200mg/dL

Tolerancia a la glucosa normal: ↓140 mg/dL

Son varios los factores que afectan la curva de tolerancia a la glucosa oral, incluidos el método de análisis, fuente de la muestra (sangre completa, plasma o suero; sangre capilar o venosa), dieta, grado de actividad, cantidad de reposo en cama, presencia de enfermedades crónicas, medicamentos y magnitud de la carga de glucosa. En ancianos, la dieta, grado de actividad y medicamentos originan problemas especiales en la interpretación de los resultados del estudio.

La preparación dietética para el estudio es muy importante por su efecto en los resultados del mismo. Quizá sea necesario impartir las instrucciones por escrito al paciente, para tener la certeza de que ingiere la cantidad necesaria de carbohidratos. Si la dieta es normal y el peso del sujeto es estable, suelen bastar 150 g/día.

Los medicamentos que afectan la tolerancia a la glucosa deben interrumpirse, de ser posible, durante los tres días que anteceden a la prueba. Son cuatro los tipos de medicamentos de uso común que tienen efecto en la curva de tolerancia a la glucosa oral: diuréticos (por lo general, tiazidas) glucocorticoides, estrógenos sintéticos y fenitoína. Otros serían las dosis altas de ácido nicotínico, etanol e ingestión crónica de salicilatos e inhibidores de la monoaminoxidasa, en especial los derivados de la hidrazina.

Diversas circunstancias especiales que afectan la prueba en cuestión son el embarazo, cirugía gástrica y edad avanzada. Los criterios diagnósticos se modifican de manera especial en embarazadas. En cuanto a pacientes sometidos a cirugía gástrica, es necesaria la curva de tolerancia a la glucosa endovenosa, ya que la glucosa ingerida pasa con rapidez al intestino delgado

y se absorbe en éste de igual manera, con lo que origina valores de glucemia que son falsamente altos.<sup>7</sup>

### 3.1.5. TRATAMIENTO

El objetivo principal del tratamiento de la diabetes es normalizar la actividad de la insulina y la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropáticas. En cada tipo de diabetes, el objetivo terapéutico es lograr concentraciones normales de glucosa en sangre (euglucemia), sin hipoglucemia y sin alterar de manera importante las actividades normales del paciente.

Hay cinco componentes para el tratamiento de la diabetes:

Dieta

Ejercicio

Vigilancia

Medicamentos (cuando sea necesario)

Enseñanza

El tratamiento varía a lo largo del curso de la enfermedad, debido a los cambios en el estilo de vida y el estado físico y emocional, además de las mejoras a los regímenes terapéuticos como resultado de investigaciones. Por tanto, consiste en la evaluación y modificación constantes por parte de quienes atienden al paciente, así como los ajustes diarios al tratamiento por parte del enfermo mismo. El grupo asistencial dirige el tratamiento, pero es el enfermo quien enfrenta la carga diaria de manejar los detalles de un régimen terapéutico complejo. Por esta razón, la enseñanza al paciente y su familia es un componente esencial del tratamiento, que reviste la misma importancia que las demás formas terapéuticas.

El paciente y su familia deben ser muy bien informados; el enfermo debe demostrar responsabilidad. Es fundamental seleccionar con todo cuidado a los pacientes antes de prescribir el tratamiento intensivo. Hay otras situaciones que

---

<sup>7</sup> Molina I. Prediabetes, periodos de la diabetes mellitus. RevSoc. Col.Endocrinol2004. Pág. 123.

impiden iniciar un control exhaustivo de la glucosa en sangre.<sup>8</sup>

### 3.1.5.1. Dietoterapia

**Principios generales.** El control dietético y ponderal son fundamentales en el tratamiento de la diabetes. La nutrición del diabético tiene los siguientes objetivos:

1. Proporcionar todos los constituyentes esenciales de la dieta (p. ej., vitaminas, minerales)
2. Obtener y mantener el peso ideal
3. Cubrir las necesidades energéticas
4. Prevenir las grandes variaciones diarias de la glucemia y lograr concentraciones seguras y prácticas cercanas a la normalidad
5. Disminuir la concentración de lípidos en sangre si está elevada

Es importante controlar la glucemia en pacientes que requieren insulina como auxiliar para el control de aquel elemento, y para mantener su consistencia calórica y de carbohidratos tanto como sea posible en cada alimento ingerido. Además, la prevalencia aproximada de los intervalos entre comidas, junto con los bocadillos, ayuda a prevenir las reacciones hipoglucémicas y a controlar la glucosa total en sangre.

La clave del tratamiento de la diabetes en pacientes obesos (especialmente el tipo 2) es la reducción del peso, y es el principal factor de prevención del desarrollo de la enfermedad. La obesidad ocasiona mayor resistencia a la insulina y es uno de los principales factores etiológicos de la diabetes tipo 2. Algunos de estos últimos pacientes requieren insulina o agentes por vía oral para controlar la glucemia, y logran reducir de manera significativa o eliminar por completo la necesidad del medicamento al perder peso. Incluso pérdidas ponderales de 10% del peso total pueden ayudar de manera importante a mejorar los valores de glucosa en sangre. En pacientes obesos con diabetes que no toman insulina, no es muy importante la consistencia del

---

<sup>8</sup> Orrego A. Tratamiento ambulatorio de la diabetes, Editorial XYZ, Cali. 2001. Pág. 88.

contenido de los alimentos ni sus intervalos; en lugar de ello, lo más importante es disminuir el número total de calorías ingeridas, pero no deben eliminar ninguna comida. Repartirlas a lo largo del día facilita la tarea del páncreas.

El acatamiento a largo plazo de un plan dietético es uno de los principales aspectos asistenciales de la diabetes. En pacientes obesos, es más práctico sólo restringir moderadamente la ingestión de calorías. A quienes han perdido peso, con frecuencia les resulta difícil continuar con dicha reducción, y para ayudarlos se les alienta a que acepten nuevos hábitos dietéticos en su estilo de vida, a que participen en terapias conductuales y de grupo, y a que reciban información nutricional.

El plan dietético de todos los diabéticos debe tomar en consideración los tipos de alimentos que le agradan al paciente, su estilo de vida, horas de comida y antecedentes étnicos y culturales. En el caso de pacientes sometidos a tratamientos intensivos con insulina, es más flexible el horario y el contenido de los alimentos; se hacen ajustes en los hábitos alimenticios y de ejercicio.<sup>9</sup>

#### A. *Planeación de los alimentos*

- **Requerimientos calóricos.** El primer paso en la preparación de un plan de alimentación es contar con un historial completo del estilo de alimentación para identificar los hábitos alimenticios del paciente y su estilo de vida. También es necesario evaluar la necesidad de que reduzca, incremente o mantenga su peso. En la mayor parte de los casos, el paciente con diabetes tipo 2 necesita bajar de peso. El objetivo principal del tratamiento de la diabetes mediante dieta es controlar la ingestión de calorías para lograr o mantener un peso corporal razonable y controlar los niveles de glucosa. En la diabetes tipo 2, el éxito de esta forma de tratamiento por sí sola se relaciona con la reversión de la hiperglucemia.

---

<sup>9</sup> Cervera P., Clapes J. y Rigolfas R. Alimentación y Dietoterapia. Ed. McGraw-Hill, Madrid. 2004.

No obstante, no siempre es fácil alcanzar esta meta. Las dietas de calorías controladas se determinan al calcular de antemano los requerimientos calóricos del individuo.

- **Distribución de calorías.** El plan de alimentación de un diabético también se concentra en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. Hay dos tipos principales de carbohidratos: complejos y simples. Ejemplos de los primeros son los almidones del pan, cereales, arroz y pastas; las frutas y los azúcares son ejemplos de carbohidratos simples. En general, los carbohidratos de los alimentos tienen los más altos efectos glucémicos porque se digieren más rápidamente que otros alimentos y se convierten con prontitud en glucosa. Hace varios decenios, se recomendaba que las dietas del diabético tuvieran más calorías derivadas de las proteínas y de las grasas que de los carbohidratos de los alimentos, para reducir el aumento de los valores glucémicos después de las comidas. Sin embargo, en fecha reciente se ha descubierto que los carbohidratos complejos se absorben de modo más gradual en el aparato digestivo y elevan menos la glucosa en sangre de lo que se creía con anterioridad. Además, las dietas con menos calorías originadas de los carbohidratos contienen más calorías provenientes de las grasas, lo que da lugar a un problema para reducir las cardiovasculopatías comúnmente relacionadas con la diabetes.<sup>10</sup>

**Carbohidratos.** El objetivo de la dieta del diabético es apoyar la ingestión de carbohidratos complejos, en particular los de alto contenido de fibras, como pan, cereales, pastas y habichuelas. Sin embargo, debido a ciertos alimentos nutritivos como la leche y las frutas que contienen azúcares simples (lactosa y fructosa), es inadecuado evitar por completo estos últimos elementos. Además, tiene cada vez mayor aceptación el uso de cantidades moderadas de sacarosa (azúcar de mesa), que pueden mantener concentraciones adecuadas de glucosa y lípidos en sangre

---

<sup>10</sup> Muñoz M, Aranceta J, y García-Jalón I. Nutrición aplicada y dietoterapia en diabéticos. Ed.Eunsa. Pamplona. 2003.

(incluyendo todos los tipos de colesterol y triglicéridos), así como en el control de peso. Para algunos pacientes, el uso liberal de carbohidratos simples suele ser un factor importante en la aceptación del plan dietético. No obstante, deben consumirse con moderación e incorporarse a las comidas, más que consumirse por separado.

**Grasa.** Las recomendaciones relacionadas con el contenido de grasas de la dieta del diabético, incluyen tanto la reducción en el porcentaje total de calorías de las fuentes de grasas a menos de 30% del total de calorías, como la limitación de la cantidad de grasas saturadas al 10% del mismo. Además, se recomienda limitar a menos de 300 mg diarios la ingestión total de grasas saturadas. Estas recomendaciones ayudan a reducir los factores de riesgo, como niveles de serocolesterol elevados, que se relacionan con el desarrollo de enfermedades de las arterias coronarias, causa principal de muerte e invalidez entre los diabéticos.

**Proteína.** El plan de alimentación suele mencionar algunas fuentes de proteínas no animales (p. ej., legumbres, granos enteros) para reducir la ingestión de grasas saturadas y colesterol. Por otra parte, la ingestión de proteínas recomendadas puede reducirse en pacientes que presenten los primeros indicios de un padecimiento renal.

- **Fibra.** Últimamente, los investigadores han prestado mucha atención al estudio de los efectos de una dieta rica en carbohidratos y fibras en diabéticos. Este tipo de dieta tiene una función importante para disminuir el colesterol total y el colesterol con baja densidad de lipoproteína. Una dieta rica en fibras logra mejorar la glucemia, al tiempo que disminuye las necesidades de insulina exógena.

Hay dos clasificaciones de las fibras en la dieta: solubles e insolubles.

Las **fibras solubles**, como las de leguminosas, avena y algunas frutas, disminuyen más fácilmente la glucosa y los lípidos en la sangre que las fibras insolubles.

Se considera que el mecanismo de acción de las fibras solubles es la formación de un gel en el aparato digestivo, el cual hace que el vaciamiento y el movimiento de los alimentos en la parte alta del aparato digestivo sean más lentos. El efecto probable de la fibra para disminuir la glucosa puede deberse a la tasa más baja de absorción de esta última de los alimentos que contienen fibras solubles.

La **fibra insoluble** se encuentra en el pan y cereales integrales, así como en algunos vegetales. Este tipo de fibra es muy importante para aumentar el volumen de las heces y evitar el estreñimiento. Las fibras solubles y las insolubles aumentan la saciedad, lo cual ayuda a perder peso.

- **Alcohol.** No es necesario restringir por completo el consumo de alcohol en los diabéticos. Sin embargo, es importante para los pacientes y los profesionales asistenciales estar al pendiente de los posibles efectos adversos de su consumo en diabéticos.

En general, se aplican las mismas precauciones en cuanto al consumo de alcohol para el público en general que con los pacientes diabéticos. Se recomienda moderación en la cantidad que se consuma, pues el principal peligro en el paciente diabético es la hipoglucemia; esto es especialmente cierto para el enfermo que recibe insulina. El alcohol reduce las reacciones fisiológicas normales del organismo que producen glucosa (gluconeogénesis); por tanto, si un diabético ingiere alcohol con el estómago vacío, hay elevada probabilidad de que desarrolle hipoglucemia. Además, el consumo excesivo de alcohol llega a incapacitar a la persona para que reconozca que tiene hipoglucemia, la trate apropiadamente y mantenga un plan prescrito de alimentación para evitarla.

Un efecto colateral del consumo de alcohol en pacientes con diabetes tipo II tratados con agentes orales, es la reacción tipo disulfiram. Según la cantidad de alcohol consumido, la persona que ingiere cloropropamida

llega a experimentar rubor facial, calor, dolor de cabeza, náuseas, vómito, sudación, o sed a los pocos minutos después de consumir alcohol; esta reacción parece menos frecuente con otros agentes orales.

Además de estos efectos desfavorables inmediatos, el consumo de alcohol favorece el aumento excesivo de peso (debido a su alto contenido calórico), la hiperlipidemia y las concentraciones elevadas de glucosa (en especial si se mezcla con otras bebidas).

Cuando se enseña al paciente lo relativo a la ingestión de alcohol, se le debe remarcar el consumo moderado del mismo; se le recomiendan las bebidas con menos calorías o menos azucaradas, como la cerveza “ligera” o el vino seco, y la ingestión de alimentos junto con el alcohol. En especial en pacientes con diabetes tipo 2, es importante incorporar calorías derivadas del alcohol al plan alimenticio total para controlar el peso.

#### ***B. Sistemas de clasificación de los alimentos***

Para enseñar los principios dietéticos y ayudar a los pacientes a planear su alimentación, se han desarrollado varios sistemas en los cuales los alimentos fueron organizados en grupos. El concepto general es que se separen en grupos con características comunes, como número de calorías, composición (es decir, cantidad de proteínas, grasas o carbohidratos), o efectos glucémicos.

- ***Listas de intercambio.*** Un instrumento de uso frecuente es la lista de intercambio para el plan de alimentación. Hay seis listas principales de intercambio: pan y almidones, vegetales, leche, carne, fruta y grasas. Los alimentos incluidos en una lista (en cantidades específicas) contienen la misma cantidad de calorías y son aproximadamente iguales en gramos de proteínas, grasas y carbohidratos.

- **Guía de la pirámide de alimentos.** Este instrumento, que se utiliza para desarrollar planes de alimentación, muestra los cuatro grupos de alimentos básicos. En general, se utiliza para pacientes con diabetes tipo 2 que tienen problemas para cumplir con una dieta de calorías controladas. La pirámide de alimentos consta de seis grupos de alimentos:

1) Pan, cereal, arroz y pasta; 2) fruta; 3) vegetales; 4) carne, aves, pescado, granos secos, huevos y nueces; 5) leche, yogurt, queso, y 6) grasas, aceites y dulces. Se eligió la forma de pirámide para destacar que los alimentos que constituyen el área más grande, o base, de la pirámide (grupo de almidones y grupo de frutas y verduras) son los que contienen menos calorías y grasas, y más fibras. Para los diabéticos, así como para la población en general, del 50 al 60% de la ingestión de calorías debe provenir de estos tres grupos. A medida que se avanza hacia la parte superior de la pirámide, se ilustran los alimentos ricos en grasas (especialmente las saturadas); éstos deben representar un pequeño porcentaje de la ingestión diaria de calorías. En la cúspide de la pirámide se encuentran las grasas, aceites y dulces, alimentos que los diabéticos deben consumir muy pocas veces para controlar su peso y la glucosa en sangre, y para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

La guía de la pirámide de los alimentos puede utilizarse para enseñar al paciente a controlar las porciones que consume y destacar los que contienen carbohidratos, proteínas y grasas. La planeación de menús debe incluir los tres tipos de alimentos, pero con énfasis en los carbohidratos complejos (almidones) y limitando los azúcares simples y las grasas.

- **Índice glucémico.** Uno de los objetivos de la dieta como tratamiento de la diabetes es evitar los incrementos rápidos en los niveles de glucosa en sangre después de que se ingieren alimentos. La expresión índice glucémico se utiliza para describir en qué proporción un alimento en

particular incrementa el nivel de glucosa en sangre respecto de una cantidad equivalente de glucosa. Estudios del índice glucémico de ciertos carbohidratos han despertado interrogantes sobre lo que sabemos respecto del efecto de los alimentos en los niveles de azúcar en la sangre. Si bien se debe profundizar en la investigación, al hacer recomendaciones sobre la dieta se pueden seguir las siguientes pautas:

- La combinación de alimentos que contienen almidón con alimentos que tienen proteínas y grasas vuelve más lenta su absorción y disminuye la respuesta glucémica.
- En general, la ingestión de alimentos crudos y enteros origina una respuesta glucémica más lenta que si se comen en trozos, en puré o cocinados.
- Cuando la dieta contiene alimentos con azúcares simples, puede haber una respuesta glucémica más lenta que si se agregan otros alimentos que se absorben más despacio.

Los pacientes pueden crear su propio índice glucémico si vigilan la concentración de glucosa después de ingerir un alimento determinado. Esto puede ayudarles a mejorar dicha concentración si manejan una dieta individualizada. Muchos diabéticos que vigilan con frecuencia la concentración de glucosa llegan a utilizar esta información para ajustar las dosis de insulina según el alimento que ingieran.

### 3.1.5.2. Ejercicio

El ejercicio es de extrema importancia en el tratamiento de la diabetes debido a sus efectos para disminuir la glucemia, así como los factores de riesgo cardiovasculares, al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de insulina. También favorece la circulación sanguínea y el tono muscular. El adiestramiento de resistencia suele incrementar la masa muscular magra y, por consiguiente, el ritmo metabólico en reposo. Estos efectos son útiles en diabéticos para la disminución ponderal, reducción del estrés y la tensión o el mantenimiento

de la sensación de bienestar general. Además, el ejercicio aumenta las concentraciones de lipoproteínas de alta densidad, con lo que reduce las de colesterol y triglicéridos, siendo esto último de particular importancia en diabéticos porque están en mayor riesgo de trastornos cardiovasculares.

Sin embargo, los pacientes con glucemia mayor de 250 mg/100 ml (14 mmol/L) que tienen cetonuria no deben iniciar el ejercicio hasta que la cetonuria sea negativa y haya bajado la glucemia. El ejercicio con hiperglucemia aumenta la secreción de glucagón, hormona del crecimiento y catecolaminas. A su vez, esto origina mayor liberación de glucosa hepática, lo que trae consigo aumento de la glucemia.

Al principio, al paciente que requiere insulina se le tiene que enseñar a comer un bocadillo de carbohidratos de 15 g (un intercambio de fruta) o un bocadillo de carbohidratos complejos con una proteína antes de empezar el ejercicio moderado, para evitar la hipoglucemia inesperada. La cantidad exacta de alimento necesario varía de persona a persona y se tiene que determinar según los resultados de vigilancia de la glucemia. Algunos diabéticos no requieren un bocadillo antes del ejercicio si lo realizan 1 a 2 horas después de la comida. Otros, necesitan alimento adicional sin importar el momento del ejercicio, en cuyo caso no deben deducirlo del plan de alimentación regular.

Otro problema que puede suscitarse en pacientes que toman insulina es la hipoglucemia que aparece muchas horas *después* del ejercicio; para evitarla, en especial si éste es extenuante, el enfermo necesita comer un bocadillo al final de su sesión de ejercicios. Además, quizá sea necesario que reduzca la dosis de insulina que está tomando, al momento del ejercicio.

Los pacientes que participan en periodos extensos de ejercicio tienen que hacerse una prueba de glucemia antes del periodo, durante éste y después del mismo, y deben ingerir bocadillos con carbohidratos, según se necesite, para mantener la glucemia. Otros participantes u observadores deben estar conscientes de que la persona que está haciendo ejercicio tiene diabetes, y

conocer las medidas asistenciales si se presentara hipoglucemia grave.

En personas obesas con diabetes tipo 2, el ejercicio aunado a la dietoterapia mejora el metabolismo de la glucosa y favorece la pérdida de grasa corporal. El ejercicio con pérdida de peso mejora la sensibilidad a la insulina y disminuye la necesidad de esta última o de agentes orales. Al final, la tolerancia a la glucosa logra normalizarse. El paciente con diabetes tipo 2 que no toma insulina ni agentes orales no necesita alimento extra antes del ejercicio.

Los diabéticos deben recibir la indicación de ejercitarse a la misma hora (de preferencia cuando la glucemia alcanza su máximo) y en la misma cantidad cada día. Hay que alentar en ellos la práctica diaria y regular de ejercicio, no la esporádica. Las recomendaciones de ejercicios se tienen que alterar en lo necesario para pacientes con complicaciones diabéticas como retinopatía, neuropatía autónoma, neuropatía sensorimotora y cardiovasculopatía. La hipertensión por ejercicio agrava la retinopatía diabética y aumenta el riesgo de hemorragia en el humor vítreo o retina. En pacientes con cardiopatía isquémica pueden desencadenarse angina de pecho o infarto miocárdico. Evitar traumatismos de las extremidades inferiores es muy importante en pacientes con entumecimiento relacionado con neuropatía.

En general, debe alentarse la prolongación gradual de los períodos de ejercicio. En muchos pacientes, la caminata es un ejercicio seguro y benéfico, que no requiere equipo especial (excepto zapatos adecuados) y que se puede realizar en cualquier parte. Los diabéticos deben presentar al médico su programa de ejercicios antes de iniciarlo.

Si el sujeto tiene más de 30 años y dos o más de los factores de riesgo de cardiopatía, se recomienda la práctica de estudios ergométricos. Entre dichos factores están la hipertensión, obesidad, hipercolesterolemia, resultados anormales del electrocardiograma en reposo, vida sedentaria, tabaquismo y antecedentes familiares de cardiopatías.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup>GNECCO Mozo F. La Diabetes en la Práctica. Editorial Cromos. Bogotá, 2001.

### 3.2. ESTRÉS

En nuestra actualidad existen varios conceptos sobre el estrés, La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción.

En 1976 Hans Selye, definió el estrés como “Una respuesta adaptativa mediatizada por las características y/o por los procesos psicológicos del individuo, que es la resultante de alguna acción, situación o suceso externo que plantea exigencias físicas o fisiológicas especiales a una persona”<sup>12</sup>

Hans Selye considerado como el padre del concepto moderno del estrés, hizo una distinción importante entre factores estresantes y la respuesta del estrés. Por otra parte Selye puso de relieve que los sucesos, tanto positivos como negativos, pueden desencadenar una respuesta idéntica de estrés que puede resultar beneficiosa o nociva.

También observo que:

- ☞ El estrés no se reduce a una simple tensión nerviosa.
- ☞ El estrés puede tener consecuencias positivas.
- ☞ El estrés no es algo que hay que evitar.
- ☞ La completa ausencia de estrés equivale a la muerte.

Estas observaciones ponen de manifiesto que el estrés es inevitable. Los esfuerzos deben orientarse a controlar el estrés y no a hallar la manera de huir del mismo<sup>13</sup>

#### 3.2.1. Fisiopatología del Estrés

Se han observado respuestas hormonales diferentes a los estresores, ya sean de índole físico o emocional. El estrés físico está relacionado con un incremento de los niveles de noradrenalina, en tanto que el estrés psicológico se relaciona con un aumento de epinefrina.

<sup>12</sup> TORO, R Y YEPES, L. Psiquiatría 2004, Pág:209 -210

<sup>13</sup> COLEGIO DE PSICOLOGOS: Consejería psicoterapia 2002, Pág. 21

La respuesta al estrés es mediada por el hipotálamo, estructura encargada de coordinar las respuestas emocionales, las secreciones hormonales y las funciones vitales y de adaptación, como el sueño, el hambre, la sed y la respuesta sexual y mantener estrechas conexiones con el lóbulo frontal y con la amígdala del hipocampo, estructura encargada de almacenar nuestra memoria sensorial.

El equipo biológico así conformado es perfecto y eficiente. El lóbulo frontal percibe el peligro, la amígdala coteja la información con su archivo emocional y el hipotálamo estimula las secreciones hormonales, que en milésimas de segundo, origina una respuesta de adaptación integral, que será coordinada con el lóbulo frontal. A diferencia de la respuesta originada frente al estrés físico que es universal y autónoma, la respuesta frente al estrés psicológico es variable en duración y puede ser modificada e intensificada por nosotros mismos.

La respuesta frente al estrés corresponde al síndrome general de adaptación de Selye, que se convierte en un substrato biológico, para mantener la energía necesaria, durante el tiempo requerido, para reducir la tensión que origina un desequilibrio entre las necesidades y las exigencias.

La respuesta neuropsicológica a la amenaza se mantiene hasta tanto no se haya logrado restablecer el equilibrio. A la sensación de peligro se suman los efectos de sobrestimulación del sistema reticular la hipervigilancia y la tensión muscular, que pueden aumentar el malestar que origina el estresante.

La hipervigilancia y la tensión muscular impiden la relajación y la conciliación del sueño con lo cual se incrementan las dificultades neuropsicológicas y cognoscitivas y se hace más difícil y ardua la tarea de superar al estresante.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> TORO, R Y YEPES, L. *Psiquiatría* 2004, Pág:210

La reacción típica del estrés se desarrolla temporalmente en tres fases: reacción de alarma, estado de resistencia y estado de agotamiento.

#### **a. Fase de Alarma**

En esta fase inicial se desencadena una reacción en cadena en el sistema nervioso vegetativo en su componente simpático, el cual comienza con una descarga en el ámbito de las glándulas suprarrenales de la sustancia conocida como adrenalina.

Los efectos que esta adrenalina desencadenada en nuestro organismo van a depender de la cantidad segregada y del modo en que se realice dicha secreción; es decir, si se realiza en un brevísimo instante o si se prolonga en varios segundos.

Estas reacciones van a procurar una aceleración del ritmo cardiaco y de la frecuencia de ventilación pulmonar, un incremento de la concentración de glucosa en sangre (lo que en el ámbito general lo denominamos como azúcar en sangre); una subida en las cifras de la presión arterial; un mayor aporte de sangre a todos los tejidos; un metabolismo más intenso de células de toda la economía; incremento de la coagulación sanguínea para evitar la posibilidad de que por algún motivo pudiera perderse sangre del organismo; incremento de la actividad y rapidez mental.

Al valorar el conjunto y la relación entre los distintos efectos puede llegar a la conclusión de que estos aportan a la persona en estrés unas condiciones energéticas máximas como para poder llevar a cabo una actividad física y mental agotadora durante más tiempo de lo que podría en otras circunstancias.

Es en esta fase existe un peligro potencial negativo para nuestro organismo, ya que una alarma demasiado intensa podría desencadenar una sobre carga cardiaca y de la tensión arterial que provoque una angina pecho, infarto de miocardio o entrar en una situación de bloqueo total shock.

## **b. Fase de Resistencia**

La primera fase de alarma termina generalmente con bastante rapidez, ya que el organismo humano no es capaz de sostener esta situación más allá de unos cuantos segundos.

Una vez que se haya consumido estos recursos de la primera fase, si no se ha conseguido resolver el motivo de la alarma y sigue vigente la necesidad de respuesta al estímulo exterior, el organismo entonces cambia de táctica.

Los estudios que sobre el estrés realizó el Dr. Hans Seley se localizaron precisamente en esta fase de resistencia.

Descubrió como todos los cambios adaptativos de nuestro comportamiento externo y nuestras reacciones internas se debían a la intervención de tres elementos de nuestro sistema endocrino, denominados como el eje:

### **Hipotálamo - Hipófisis – Suprarrenal**

El hipotálamo situado en la región medial de nuestro cerebro recoge los mensajes - respuestas de nuestra corteza cerebral, que son recibidas por una glándula que es la Hipófisis pituitaria, situada en la base del sistema nervioso central, que se podría llamar como el director de la orquesta, de todo nuestro sistema endocrino, quien a su vez organiza todo funcionamiento del organismo.

El resultado de esta organización jerarquizada es poder utilizar nuestras reservas energéticas para seguir en la lucha.

La Fase de resistencia aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación.

## **c. Fase de Agotamiento**

En cuanto empieza agotarse nuestra reserva energética de adaptación aparece la fatiga, como un conjunto de signos físicos y psicológicos, que

nos indicara con ciertas señales que debemos descansar para reponer nuestro desgaste vital. La importancia de esta señal es tal que si el reposo no llega a su tiempo, la repercusión inmediata será el agotamiento parcial de ciertos tejidos orgánicos.

Según Melgosa (1999), la fase de alarma constituye el aviso claro de la presencia de un agente estresor la cual es seguida por la fase de resistencia cuando la presencia del estrés supera la primera.

Una vez percibida la situación que genera estrés, los sujetos pueden enfrentarla y resolverla satisfactoriamente y el estrés no llega a concretarse; pero cuando se realiza lo contrario la fase de alarma se prolonga disminuyendo su capacidad de respuesta y la persona acaba por llegar a la fase de agotamiento, en la cual se produce una disminución progresiva en el organismo, la cual conduce a un estado de deterioro que se caracteriza por la presencia de fatiga, ansiedad y depresión, síntomas que pueden aparecer de manera simultánea o individual. (Melgosa, 1999)

### **3.2.2. TIPOS DE ESTRÉS**

#### **3.2.2.1. Según su duración**

Se refiere al tiempo al que se prolonga el estrés.

##### **A. Estrés agudo.**

El estrés agudo produce un gran impacto a nivel físico y emocional a corto plazo, esta provocado por sucesos intensos y extraordinarios.

El estrés agudo es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. El estrés agudo es emocionante y fascinante en pequeñas dosis, pero cuando es demasiado resulta agotador. Exagerar con el estrés a corto plazo puede derivar en distrés psicológico (SPD por sus siglas en inglés), dolores de cabeza tensionales, malestar estomacal y otros síntomas.

Afortunadamente, la mayoría de las personas reconoce los síntomas de estrés agudo. Es una lista de lo que ha ido mal en sus vidas: La pérdida de un contrato importante, un plazo de entrega que deben cumplir, los problemas ocasionales de su hijo en la escuela, y demás.

Dado que es a corto plazo, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para causar los daños importantes asociados con el estrés a largo plazo. Los síntomas más comunes son:

Distrés emocional: Una combinación de enojo o irritabilidad, ansiedad y depresión, las tres emociones del estrés; problemas musculares que incluyen dolores de cabeza tensionales, dolor de espalda, dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que derivan en desgarros musculares, problemas en tendones y ligamentos; problemas estomacales e intestinales como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome de intestino irritable; sobreexcitación pasajera que deriva en elevación de la presión sanguínea, ritmo cardíaco acelerado, transpiración de las palmas de las manos, palpitaciones, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad para respirar, y dolor en el pecho.

El estrés agudo puede presentarse en la vida de cualquiera, y es muy tratable y manejable.

Estrés agudo episódico por otra parte, están aquellas personas que tienen estrés agudo con frecuencia, cuyas vidas son tan desordenadas que son estudios de caos y crisis. Siempre están apuradas, pero siempre llegan tarde. Si algo puede salir mal, les sale mal. Asumen muchas responsabilidades, tienen demasiadas cosas entre manos y no pueden organizar la cantidad de exigencias auto impuestas ni las presiones que reclaman su atención. Parecen estar perpetuamente en las garras del estrés agudo.

Es común que las personas con reacciones de estrés agudo estén

demasiado agitadas, tengan mal carácter, sean irritables, ansiosas y estén tensas.

Suelen describirse como personas con "muchísima energía nerviosa". Siempre apuradas, tienden a ser cortantes y a veces su irritabilidad se transmite como hostilidad. Las relaciones interpersonales se deterioran con rapidez cuando otros responden con hostilidad real. El trabajo se vuelve un lugar muy estresante para ellas.

### **B. Estrés crónico.**

El impacto a nivel físico y emocional es menos intenso que el agudo, pero se mantiene en el tiempo, debido a que los pequeños estresores cotidianos se van sumando y acaban agotando la capacidad adaptativa del cuerpo, por esta razón el estrés crónico puede tener peores consecuencias que el agudo.

El estrés crónico surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones.

El peor aspecto del estrés crónico es que las personas se acostumbran a él, se olvidan que está allí. Las personas toman conciencia de inmediato del estrés agudo porque es nuevo; ignoran al estrés crónico porque es algo viejo, familiar y a veces hasta casi resulta cómodo.

El estrés crónico mata a través del suicidio, la violencia, el ataque al corazón, la apoplejía e incluso el cáncer.

Las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Debido a que los recursos físicos y mentales se ven consumidos por el desgaste a largo plazo, los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar y pueden requerir tratamiento médico, de conducta y manejo del estrés. (Miller y Smith)

### 3.2.2.2. Según el efecto que produce

#### A. Eustrés

Es el estrés positivo, la relación con las impresiones del mundo externo y del interior no producen un desequilibrio orgánico, el cuerpo es capaz de enfrentarse a las situaciones e incluso obtiene sensaciones placenteras con ello.

El Eustrés no solo incrementa la vitalidad, salud y energía sino que además potencia el mejoramiento del nivel de conocimiento y facilita la toma de decisiones para confrontar y resolver las situaciones que se plantean en cada día de nuestra existencia.

#### B. Distrés

Es el estrés negativo o desagradable, que es ocasionado por un exceso de esfuerzo en relación con la carga. Va acompañado de un desorden fisiológico.

Si las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, aún agradables, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo, llegamos al Distrés.

### 3.2.2.3. Según el plano que afecta

#### A. Físico

El estrés físico puede producirse principalmente por la fatiga o cansancio físico incluye también la exposición al calor o al frío, al peligro, o a sustancias irritantes.

#### B. Mental

El estrés mental es aquel que puede ser causado por malas relaciones interpersonales, frustraciones y apegos, conflictos con nuestra cultura o religión o por la preocupación de alguna enfermedad.

### 3.3. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

#### 3.3.1. Conceptualización

Afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Ante una situación estresante, o cuando el individuo reacciona con una determinada emoción, es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento.

#### 3.3.2. Teorías del Afrontamiento

Dentro de la psicología cognitiva, hay dos formas de entender las estrategias de afrontamiento:

- Como un estilo cognitivo consistente de aproximación a los problemas, entendiendo estilo cognitivo como el modo habitual de procesar la información y de utilizar los recursos cognitivos (como son la percepción, la memoria, el procesamiento...) Se ha buscado la asociación de diversas variables de personalidad con estilos de afrontamiento.
- Como un estado o proceso dependiente de la situación. Se analizan las estrategias o acciones llevadas a cabo por una persona ante las distintas situaciones o problemas. Esta segunda forma de entender las estrategias de afrontamiento indicaría que hay poca consistencia en las estrategias ante distintas situaciones e, incluso, puede cambiarse de estrategia ante un mismo problema en dos momentos temporales distintos.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup>[http://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/estres\\_afrontamiento\\_y\\_adaptacion.pdf](http://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf)

### 3.3.3. Tipos de Afrontamiento

Existen dos tipos de estrategias de afrontamiento:

- Estrategias de afrontamiento centradas en el problema: la persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. Hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante. Este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones.
- Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo. Las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación.

## 3.4. MODELO DE SOR CALLISTA ROY

### 3.4.1. Descripción del modelo

El modelo de adaptación de Callista Roy fue elaborado en 1964 a partir del trabajo de Harry Helson en psicofísica, además de combinar la definición de sistemas que hace Rapoport y que considera a la persona como un sistema adaptativo.

Roy define el metaparadigma enfermero de esta forma:

- Persona: Ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

- Entorno: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos.

- Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

- Enfermería: Es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad.

Los modos adaptativos son categorías de conductas para adaptarse a los estímulos, pueden ser observadas a través de cuatro modos adaptativos: fisiológico, auto concepto, función del rol e interdependencia.

- Función fisiológica: Las conductas en el modo fisiológico están asociadas con los procesos físicos y químicos que involucran las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina.

- Autoconcepto: Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la autocoherencia y el autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación).

- Función de Rol: Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta. Puede clasificarse como primario

(edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular).

- Interdependencia: Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto.

Dentro de los modos adaptativos están los mecanismos de afrontamiento, que son dos:

- Regulador: son procesos automáticos e inconscientes, controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas. Los estímulos del ambiente interno y externo actúan como entradas al sistema nervioso y afectan: fluidos, electrolitos, balance ácido-base y sistema endocrino produciendo respuestas fisiológicas.

- Cognitivo: Los procesos de afrontamiento adquiridos son desarrollados a través de estrategias como el aprendizaje, juicio y emociones. Este subsistema comprende habilidades humanas para pensar, sentir y actuar. Regula el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia.

Responde a través de cuatro conductas cognitivo-emotivos: proceso de información perceptiva, aprendizaje, juicio y emoción. El proceso de la información perceptiva incluye actividades de atención selectiva, codificación y memoria. El subsistema cognoscitivo en los pacientes con Diabetes Mellitus, se valorará a través de estrategias de afrontamiento tales como: solución de problemas, búsqueda de resultados, creatividad, manejo de situaciones, imaginación y memoria.

El Modelo de Adaptación de Roy postula que el principal proceso de afrontamiento en la persona es el subsistema cognoscitivo. También postula que las respuestas adaptativas se interrelacionan, lo que sugiere

que cambios en las respuestas físicas pueden generar cambios en las respuestas psicosociales.

El modelo de Callista Roy es determinado como una teoría de sistema con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales:

- Paciente: persona que recibe los cuidados enfermeros.
- Meta de la enfermería (que se adapte el cambio).
- Salud.
- Entorno.
- Dirección de las actividades de las enfermeras (que facilitan la adaptación).

Todos los elementos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos.

Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reaccionan como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno. El paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

- Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).
- Procesamiento: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el autoconcepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

- Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas).

Por último, Callista Roy define seis pasos en el proceso de enfermería:

- Valoración de las conductas.
- Estímulos que afectan a esas conductas.
- Elaboración de un diagnóstico de enfermería sobre la situación adaptativa de la persona.
- Establecimiento de objetivos que favorezcan la adaptación.
- Intervenciones de enfermería (intentar manipular los estímulos para lograr la adaptación).
- Evaluación (mediante la manipulación de los estímulos del paciente, la enferma incrementa la interacción de la persona con el entorno, promoviendo con ello la salud).<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup>Marriner, A y Raile, M., Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier. 1999. pp 353-384

## 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### INTERNACIONAL

4.1. TICONA PALAO, Gianina (2006) España. “Afrontamiento del Estrés Familiar y el Síndrome del Gran Quemado”. De la aplicación de la Estadística descriptiva se derivan el perfil sociodemográfico de las familias. En el análisis se incluye la descripción de las características familiares motivacionales. Concluyó que entre el afrontamiento del estrés y el síndrome del Gran Quemado se da una relación directa, a mayor gravedad del paciente gran quemado mayor estrés y menos posibilidades de afrontamiento familiar.<sup>17</sup>

### NACIONAL

4.2. DÍAZ A., Gloria y YARINGANO L. Juan. (Lima) 2009. “Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos”. El presente estudio se orienta a establecer la relación entre el clima familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Hospital Edgardo Nacional Rebagliati Martins (HNERM). Se empleo el método descriptivo correlacional para describir y relacionar las dimensiones del clima familiar y los modos de afrontamiento de los pacientes oncológicos. La muestra estuvo conformada por 287 sujetos (hombres y mujeres), con promedio de 54 años, la mayoría casados, de instrucción técnica y superior. Los resultados indican que la dimensión familiar Desarrollo se ve afectada significativamente.<sup>18</sup>

## 5. HIPÓTESIS

No requiere de hipótesis, por ser un trabajo de carácter descriptivo.

---

<sup>17</sup>TICONA PALAO, Gianina (2006) España. “Afrontamiento del Estrés Familiar y el Síndrome del Gran Quemado”

<sup>18</sup>DÍAZ A., Gloria y YARINGANO L. Juan. (Lima) 2009. “Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos”.

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

##### 1.1. TÉCNICA

La técnica usada en la presente investigación fue la Entrevista

##### 1.2. INSTRUMENTO

El instrumento utilizado fue la Cédula de Entrevista para el recojo de la información general y aplicación de la escala de Afrontamiento del Estrés de COPE validado por Carver y Scheier (1994).

#### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

##### 2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El presente estudio se realizó en el Centro Médico Universitario “Pedro P. Díaz” de Arequipa, ubicado en: Prolongación Gonzales Prada S/N Urb. Pedro P. Díaz-Paucarpata.

##### **Capacidad:**

- Servicio de Hospitalización: 16 camas

- 1 Sala de Partos
- 1 Sala de recepción de RN
- 3 Salas de Operaciones
- 1 Sala de Recuperación
- 1 Sala de Endoscopia

### **Programas y Servicios**

- Programa de CRED
- Programa de Diabetes
- Programa de Adulto Mayor
- Servicio de Medicina
- Consultorio de Traumatología
- Consultorio de Reumatología
- Consultorio de Pediatría
- Consultorio de Cardiología
- Consultorio de Odontología
- Consultorio de Nutrición
- Consultorio de Oftalmología
- Consultorio de Dermatología
- Consultorio de Ginecología y Obstetricia
- Servicio Social
- Laboratorio
- Emergencia
- Servicio de Diagnóstico por Imágenes.

### **COBERTURA:**

El Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz brinda atención a toda la población de Arequipa de forma diaria y durante las 24 horas del día.

## **IMPLEMENTACIÓN:**

El Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz cuenta con un equipo de salud multidisciplinario:

- 34 médicos
- 14 enfermeras
- 16 auxiliares de enfermería
- 8 obstetrices
- 4 odontólogos
- 2 nutricionistas
- 1 asistente social
- 2 laboratoristas
- 1 radiólogo
- personal de vigilancia
- personal de limpieza y lavandería

### **2.2. UBICACIÓN TEMPORAL**

Se desarrolló en los meses de marzo a julio del 2013.

### **2.3. UNIDADES DE ESTUDIO**

Las unidades de estudio son los pacientes Adulto Mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus atendidos en el Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz del Distrito de Paucarpata.

#### **2.3.1. Universo**

Conformado por pacientes Adultos Mayores con Diabetes Mellitus atendidos en el Centro Médico Pedro P. Díaz del Distrito de Paucarpata en los meses de marzo y abril.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup>Centro Médico P.P. Díaz. Registro Mensual de Pacientes atendidos

### 2.3.2. Muestra

Para la selección de la muestra se consideró los criterios de inclusión y exclusión siguientes:

#### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años de edad con Diabetes Mellitus atendidos en forma regular
- Pacientes de ambos géneros

#### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes que presenten algún tipo de demencia geriátrica.
- Pacientes que no deseen participar.

La muestra quedó conformada por 50 pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus atendidos en el Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz del Distrito de Paucarpata.

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

- Para la realización del estudio se hicieron los trámites administrativos correspondientes.
  - A nivel de Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María
  - A nivel de la Dirección Médica del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz
- Otorgado el permiso correspondiente, se captó a los adultos mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus que se atienden en el Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz
- La aplicación del instrumento se realizó previa coordinación con el personal que atiende a los pacientes diabéticos en el Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz, los días 06, 07, 08, 09,10, 13, 14, 15, 16 y 17 de mayo de 08:00 a.m. a 11:00 hs, en un ambiente privado destinado para tal fin durante 10 días. En las sesiones con cada paciente se propició un

clima de cordialidad seguridad y confianza a fin de obtener información clara, precisa y confiable.

- Finalizada la recolección datos se agradeció amablemente a los adultos mayores por su disponibilidad y colaboración.
- El procesamiento de la información se realizó en base a los siguientes pasos:
  - Codificación de los formularios de recolección de datos
  - Tabulación de tablas de información
  - Elaboración de tablas de información porcentual para resultados obtenidos según la variable e indicadores del estudio.

### 3.1. Calificación

#### A. Afrontamiento Enfocado al Problema:

|                                                      | Ítems         | Puntaje    |
|------------------------------------------------------|---------------|------------|
| Afrontamiento activo                                 | (01,02,03,04) | 4-16 Ptos. |
| Planificación                                        | (05,06,07,08) | 4-16 Ptos. |
| Postergación:                                        | (09,10,11,12) | 4-16 Ptos. |
| Supervisión de actividades competentes               | (13,14,15,16) | 4-16 Ptos. |
| Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales. | (17,18,19,20) | 4-16 Ptos. |

#### B. Afrontamiento Enfocado a la Emoción:

|                                            |               |            |
|--------------------------------------------|---------------|------------|
| Búsqueda de apoyo social, razón emocional. | (21,22,23,24) | 4-16 Ptos. |
| Reinterpretación positiva y crecimiento    | (25,26,27,28) | 4-16 Ptos. |
| Aceptación.                                | (29,30,31,32) | 4-16 Ptos. |
| Acudir a la religión                       | (33,34,35,36) | 4-16 Ptos. |
| Negación                                   | (37,38,39,40) | 4-16 Ptos. |

#### C. Afrontamiento Enfocada a la Percepción:

|                             |               |            |
|-----------------------------|---------------|------------|
| Enfocar y liberar emociones | (41,42,43,44) | 4-16 Ptos. |
| Desentendimiento conductual | (45,46,47,48) | 4-16 Ptos. |
| Desentendimiento mental     | (49,50,51,52) | 4-16 Ptos. |

|                                                        | <b>Puntaje<br/>Mínimo</b> | <b>Puntaje<br/>Máximo</b> |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Estrategias de afrontamiento enfocados al problema     | 20                        | 80                        |
| Estrategias de afrontamiento enfocados a la emoción    | 20                        | 80                        |
| Estrategias de afrontamiento enfocados a la percepción | 12                        | 48                        |

**Criterio de Evaluación:**

Cada una de las preguntas tiene considerado un puntaje de 1 a 4 donde se clasifican en:

|              |     |
|--------------|-----|
| Nunca        | : 1 |
| No siempre   | : 2 |
| Casi siempre | : 3 |
| Siempre      | : 4 |

Dando un resultado total para cada área; ubicándose estos en los diferentes niveles que presentan las estrategias de afrontamiento como: No tienen Estrategias de Afrontamiento, Moderado, Leve; utilizando así la media aritmética.

**Calificación**

**1. Estrategias de Afrontamiento enfocados al problema**

| <b>Estrategias</b> | <b>Puntaje</b> |
|--------------------|----------------|
| Leves              | 80 – 53 pts.   |
| Moderadas          | 52 – 27 pts.   |
| Sin estrategias    | 26 – 0 pts.    |

**2. Estrategias de Afrontamiento enfocados a la emoción**

| <b>Estrategias</b> | <b>Puntaje</b> |
|--------------------|----------------|
| Leves              | 80 – 53 pts.   |
| Moderadas          | 52 – 27 pts.   |
| Sin estrategias    | 26 – 0 pts.    |

**3. Estrategias de Afrontamiento enfocados a la percepción**

| Estrategias     | Puntaje      |
|-----------------|--------------|
| Leves           | 43 – 32 pts. |
| Moderadas       | 31 – 16 pts. |
| Sin estrategias | 15 – 0 pts.  |

**4. Estrategias de Afrontamiento del Estrés**

| Estrategias     | Puntaje        |
|-----------------|----------------|
| Leves           | 208 – 139 pts. |
| Moderadas       | 138 – 70 pts.  |
| Sin estrategias | 69 – 0 pts.    |





## I. ENFRENTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO AL PROBLEMA

TABLA N° 1

ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO AL PROBLEMA POR EDAD.  
CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013

| Afrontamiento<br>enfocado al problema | Edad      |             | 60 – 65   |             | 66 – 70  |             | 71 – 75   |             | 76 – 80   |              | Total |   |
|---------------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|-------|---|
|                                       | N°        | %           | N°        | %           | N°       | %           | N°        | %           | N°        | %            | N°    | % |
| Leve                                  | 19        | 59.4        | 5         | 15.6        | 4        | 12.5        | 4         | 12.5        | 32        | 100.0        |       |   |
| Moderado                              | 4         | 22.3        | 6         | 33.3        | 2        | 11.1        | 6         | 33.3        | 18        | 100.0        |       |   |
| No enfrenta                           | 0         | 0.0         | 0         | 0.0         | 0        | 0.0         | 0         | 0.0         | 0         | 0.0          |       |   |
| <b>Total</b>                          | <b>23</b> | <b>46.0</b> | <b>11</b> | <b>22.0</b> | <b>6</b> | <b>12.0</b> | <b>10</b> | <b>20.0</b> | <b>50</b> | <b>100.0</b> |       |   |

**Fuente:** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la Tabla N° 1, observamos que del 100.0% de los adultos mayores de 60 a 80 años que sufren de diabetes Mellitus, los adultos de menores edades (60 a 65 años), son los que en mayoría afrontan el estrés en forma leve.

Del 100.0% de los adultos mayores investigados que afrontan el estrés en forma moderada, en porcentajes iguales de 33.3% tienen edades de 66 – 70 años y de 76 a 80 años.

Resultados que permiten deducir que la gran mayoría de adultos mayores afrontan el estrés ya sea en forma leve y moderada.

TABLA N° 2

**ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO AL PROBLEMA SEGÚN GÉNERO.  
CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013**

| Afrontamiento<br>enfocado al problema | Masculino |      | Femenino |      | Total |       |
|---------------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|-------|
|                                       | N°        | %    | N°       | %    | N°    | %     |
| Leve                                  | 9         | 28.2 | 23       | 71.8 | 32    | 100.0 |
| Moderado                              | 3         | 16.6 | 15       | 83.4 | 18    | 100.0 |
| No enfrenta                           | 0         | 0.0  | 0        | 0.0  | 0     | 0.0   |
| Total                                 | 12        | 24.0 | 38       | 76.0 | 50    | 100.0 |

**Fuente:** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En relación al género, los adultos mayores con enfermedad diabética que en mayor porcentaje afrontan levemente el estrés ocasionado por enfermedad: el 71.8% pertenecen al género femenino.

Del 100.0% de adultos mayores que lo enfrenta en forma moderada, el 83.4% pertenecen al género femenino.

En términos generales, los adultos mayores del género femenino son las que afrontan el estrés producido por la Diabetes en forma moderada y leve.

**TABLA N° 3**

**ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO AL PROBLEMA POR ESTADO  
CIVIL. CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013**

| Estado Civil                              | Soltero  |            | Casado    |             | Viudo     |             | Divorciado |            | Total     |              |
|-------------------------------------------|----------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|-----------|--------------|
|                                           | N°       | %          | N°        | %           | N°        | %           | N°         | %          | N°        | %            |
| <b>Afrontamiento enfocado al problema</b> |          |            |           |             |           |             |            |            |           |              |
| Leve                                      | 1        | 3.2        | 21        | 65.6        | 6         | 18.7        | 4          | 12.5       | 32        | 100.0        |
| Moderado                                  | 0        | 0.0        | 14        | 77.7        | 4         | 22.3        | 0          | 0.0        | 18        | 100.0        |
| No enfrenta                               | 0        | 0.0        | 0         | 0.0         | 0         | 0.0         | 0          | 0.0        | 0         | 0.0          |
| <b>Total</b>                              | <b>1</b> | <b>2.0</b> | <b>35</b> | <b>69.9</b> | <b>10</b> | <b>20.1</b> | <b>4</b>   | <b>8.0</b> | <b>50</b> | <b>100.0</b> |

**Fuente:** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la presente tabla se observa que, del 100.0% de adultos mayores de 60 a 80 años que enfrentan levemente el estrés, el mayor porcentaje (65.6%) pertenece al estado civil de casado. Del 100.0% de los adultos mayores que lo afrontan moderadamente, el 77.7% también son casados. En ambas formas de afrontamiento, los porcentajes menores corresponden a los estados civiles de viudo, divorciado y soltero.

Se deduce que el estado civil casado predomina en el afrontamiento del estrés por los adultos mayores investigados

**TABLA N° 4**

**ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO AL PROBLEMA POR OCUPACIÓN.  
CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013**

| Afrontamiento<br>enfocado al problema | Ocupación |             | Dedicación<br>al hogar |             | Trabaja   |              | Total |   |
|---------------------------------------|-----------|-------------|------------------------|-------------|-----------|--------------|-------|---|
|                                       | N°        | %           | N°                     | %           | N°        | %            | N°    | % |
| Leve                                  | 23        | 71.8        | 9                      | 28.2        | 32        | 100.0        |       |   |
| Moderado                              | 16        | 88.8        | 2                      | 11.2        | 18        | 100.0        |       |   |
| No enfrenta                           | 0         | 0.0         | 0                      | 0.0         | 0         | 0.0          |       |   |
| <b>Total</b>                          | <b>39</b> | <b>78.0</b> | <b>11</b>              | <b>22.0</b> | <b>50</b> | <b>100.0</b> |       |   |

**Fuente:** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

Del 100.0% de adultos mayores de 60 a 80 años con diabetes Mellitus, el 71.8% están dedicados al hogar, afrontando el estrés de forma leve. Lo mismo ocurre en el caso de los adultos mayores que afrontan el estrés moderadamente, ya que el 88.8% están dedicados al hogar.

**TABLA N° 5**

**ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO AL PROBLEMA POR RELIGIÓN.  
CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013**

| Afrontamiento:<br>enfocado al problema | Religión  |             | Otras    |             | Total     |              |
|----------------------------------------|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|--------------|
|                                        | N°        | %           | N°       | %           | N°        | %            |
| Leve                                   | 31        | 96.8        | 1        | 3.2         | 32        | 100.0        |
| Moderado                               | 14        | 77.7        | 4        | 22.3        | 18        | 100.0        |
| No enfrenta                            | 0         | 0.0         | 0        | 0.0         | 0         | 0.0          |
| <b>Total</b>                           | <b>45</b> | <b>90.0</b> | <b>5</b> | <b>10.0</b> | <b>50</b> | <b>100.0</b> |

**Fuente:** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En atención al indicador Religión, en la presente tabla se observa que del 100.0% de los adultos mayores que sufren de Diabetes Mellitus los mayores porcentajes corresponden a los que profesan la religión católica afrontando el estrés de forma leve y moderada en porcentajes de 96.8% y 77.7%, respectivamente.

## II. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA EMOCION

TABLA N° 6

ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA EMOCION POR EDAD.  
CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO PEDRO.P. DIAZ. AREQUIPA, 2013

| Edad (años)                                      | 60 – 65 |      | 66 – 70 |      | 71 – 75 |      | 76 – 80 |      | Total |       |
|--------------------------------------------------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|------|-------|-------|
|                                                  | N°      | %    | N°      | %    | N°      | %    | N°      | %    | N°    | %     |
| <b>Afrontamiento :<br/>enfocado a la emoción</b> |         |      |         |      |         |      |         |      |       |       |
| Leve                                             | 15      | 42.9 | 9       | 25.7 | 4       | 11.4 | 7       | 20.0 | 35    | 100.0 |
| Moderado                                         | 5       | 50.0 | 2       | 20.0 | 1       | 10.0 | 2       | 20.0 | 10    | 100.0 |
| No afronta                                       | 3       | 60.0 | 0       | 0.0  | 1       | 20.0 | 1       | 20.0 | 5     | 100.0 |
| Total                                            | 23      | 46.0 | 11      | 22.0 | 6       | 12.0 | 10      | 20.0 | 50    | 100.0 |

**Fuente:** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 6 se observa que del 100.0% de los Adultos Mayores que en mayoría afrontan el estrés enfocado a la emoción, en forma leve y moderada, tienen edades entre 60 a 65 años, con un porcentaje de 42.9% y 50.0%, respectivamente.

Asimismo, del 100.0% de los adultos mayores que no afrontan el estrés, el mayor porcentaje (60.0%) tienen edades entre 60 a 65 años

Tanto los adultos mayores que afrontan el estrés como los que no lo afrontan, son los que tienen menores edades.

**TABLA N° 7**

**ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA EMOCION SEGÚN GENERO,  
CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA, 2013**

| GENERO                                          | MASCULINO |             | FEMENINO  |             | TOTAL     |              |
|-------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
|                                                 | N°        | %           | N°        | %           | N°        | %            |
| <b>Afrontamiento:<br/>enfocado a la emoción</b> |           |             |           |             |           |              |
| Leve                                            | 7         | 20.0        | 28        | 80.0        | 35        | 100.0        |
| Moderado                                        | 5         | 50.0        | 5         | 50.0        | 10        | 100.0        |
| No afronta                                      | 0         | 0.0         | 5         | 100.0       | 5         | 100.0        |
| <b>Total</b>                                    | <b>12</b> | <b>24.0</b> | <b>38</b> | <b>76.0</b> | <b>50</b> | <b>100.0</b> |

**Fuente.** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 7, se observa que del 100.0% de los adultos mayores que afrontan el estrés levemente, el 80% pertenecen al género femenino y el 20% restante al género masculino.

Del 100% de los adultos mayores tanto los del género masculino como los del femenino, afrontan el estrés de forma moderada en porcentajes iguales (50% respectivamente).

El 100% de los adultos mayores que no logran afrontarlo pertenecen al género femenino.

En el afrontamiento del estrés enfocado a la emoción, son los adultos mayores del género femenino, quienes afrontan el estrés de forma leve y moderada en un mayor porcentaje (80.0% y 50.0% respectivamente).

**TABLA N° 8**

**ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA EMOCION POR ESTADO CIVIL, CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA, 2013**

| ESTADO CIVIL                                    | SOLTERO  |            | CASADO    |             | VIUDO     |             | DIVORCIADO |            | Total     |              |
|-------------------------------------------------|----------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|-----------|--------------|
|                                                 | N°       | %          | N°        | %           | N°        | %           | N°         | %          | N°        | %            |
| <b>Afrontamiento:<br/>Enfocado a la Emoción</b> |          |            |           |             |           |             |            |            |           |              |
| Leve                                            | 1        | 2.8        | 25        | 71.4        | 7         | 20.0        | 2          | 5.8        | 35        | 100.0        |
| Moderado                                        | 0        | 0.0        | 8         | 80.0        | 1         | 10.0        | 1          | 10.0       | 10        | 100.0        |
| No afronta                                      | 0        | 0.0        | 2         | 40.0        | 2         | 40.0        | 1          | 20.0       | 5         | 100.0        |
| <b>Total</b>                                    | <b>1</b> | <b>2.0</b> | <b>35</b> | <b>69.9</b> | <b>10</b> | <b>20.1</b> | <b>4</b>   | <b>8.0</b> | <b>50</b> | <b>100.0</b> |

**Fuente.** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 8 se aprecia que del 100% de los adultos mayores que afrontan el estrés desde el punto de vista emocional en forma leve, el mayor porcentaje (71.4%) lo hacen los casados.

Del 100% de los adultos mayores que afrontan moderadamente, el 80% representa a los casados y el 10% a los viudos y divorciados, respectivamente.

Los adultos mayores viudos y divorciados en un 40% y 20% no lo afrontan.

Desde el punto de vista emocional predomina el afrontamiento moderado y leve en los adultos mayores de estado civil casado.

En porcentajes iguales no afrontan el estrés los adultos mayores casados y viudos.

**TABLA N° 9**

**ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN EL  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA EMOCION SEGÚN  
OCUPACION, CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA,  
2013**

| OCUPACION                                  | DEDICADO AL HOGAR |             | TRABAJA   |             | TOTAL     |              |
|--------------------------------------------|-------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
|                                            | N°                | %           | N°        | %           | N°        | %            |
| <b>Afrontamiento Enfocado a la Emoción</b> |                   |             |           |             |           |              |
| Leve                                       | 27                | 77.1        | 8         | 22.9        | 35        | 100.0        |
| Moderado                                   | 10                | 100.0       | 0         | 0.0         | 10        | 100.0        |
| No afronta                                 | 2                 | 40.0        | 3         | 60.0        | 5         | 100.0        |
| <b>Total</b>                               | <b>39</b>         | <b>78.0</b> | <b>11</b> | <b>22.0</b> | <b>50</b> | <b>100.0</b> |

**Fuente.** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 9 se observa que los adultos mayores que se dedican al hogar en amplia mayoría afrontan el estrés en forma moderada y leve respectivamente; mientras que del 100% que no lo afrontan, el 60% corresponde a los adultos mayores que trabajan.

En el afrontamiento del estrés enfocado a la emoción predominan las categorías de moderado y leve en los adultos mayores dedicados al hogar.

**TABLA N° 10**

**ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA EMOCION POR RELIGIÓN,  
CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA, 2013**

| RELIGIÓN                                       | CATOLICA  |             | OTRAS    |             | TOTAL     |              |
|------------------------------------------------|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|--------------|
|                                                | N°        | %           | N°       | %           | N°        | %            |
| <b>Afrontamiento<br/>Enfocado a la Emoción</b> |           |             |          |             |           |              |
| Leve                                           | 32        | 91.4        | 3        | 8.6         | 35        | 100.0        |
| Moderado                                       | 10        | 100.0       | 0        | 0.0         | 10        | 100.0        |
| No afronta                                     | 3         | 60.0        | 2        | 40.0        | 5         | 100.0        |
| <b>Total</b>                                   | <b>45</b> | <b>90.0</b> | <b>5</b> | <b>10.0</b> | <b>50</b> | <b>100.0</b> |

**Fuente.** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 10 se observa que los adultos mayores que afrontan el estrés de manera emocional tanto de forma leve como moderada profesan la religión católica siendo estos los mayores porcentajes (91.4% y 100.0% respectivamente).

El 60.0% de la religión católica no lo afrontan.

### III. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA PERCEPCION

TABLA N° 11

ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA PERCEPCION SEGUN EDAD,  
CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA, 2013

| Afrontamiento<br>Enfocado a la<br>Percepción | EDAD<br>(AÑOS) |             | 60 - 65   |             | 66 - 70  |             | 71 - 75   |             | 76 - 80   |              | Total |   |
|----------------------------------------------|----------------|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|-------|---|
|                                              | N°             | %           | N°        | %           | N°       | %           | N°        | %           | N°        | %            | N°    | % |
| Leve                                         | 9              | 36.0        | 4         | 16.0        | 4        | 16.0        | 8         | 32.0        | 25        | 100.0        |       |   |
| Moderado                                     | 4              | 36.3        | 5         | 45.5        | 1        | 9.1         | 1         | 9.1         | 11        | 100.0        |       |   |
| No afronta                                   | 10             | 71.6        | 2         | 14.2        | 1        | 7.1         | 1         | 7.1         | 14        | 100.0        |       |   |
| <b>Total</b>                                 | <b>23</b>      | <b>46.0</b> | <b>11</b> | <b>22.0</b> | <b>6</b> | <b>12.0</b> | <b>10</b> | <b>20.0</b> | <b>50</b> | <b>100.0</b> |       |   |

**Fuente.** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 11 se observa que del 100% de los adultos mayores que afrontan el estrés en forma leve, el 36.0% tiene 60 – 65 años de edad y el 32% tiene 76 - 80 años de edad.

Del 100% de los que lo afrontan moderadamente, el 45.5% y 36.3% tienen edades de 66 – 70 años y 60 a 65 años, respectivamente.

Del 100% de los adultos mayores que no lo afrontan el 71.6% y el 14.2% tienen 60 – 65 años y 66 – 70 años respectivamente.

Desde el enfoque de la percepción, los adultos mayores que afrontan el estrés y los que no lo afrontan son los que tienen menores edades.

**TABLA N° 12**

**ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA PERCEPCION POR GENERO,  
CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA, 2013**

| AFRONTAMIENTO ENFOCADO A LA PERCEPCION | GENERO    |             | MASCULINO |             | FEMENINO  |              | TOTAL |   |
|----------------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|-------|---|
|                                        | N°        | %           | N°        | %           | N°        | %            | N°    | % |
| Leve                                   | 8         | 32.0        | 17        | 68.0        | 25        | 100.0        |       |   |
| Moderado                               | 3         | 27.2        | 8         | 72.8        | 11        | 100.0        |       |   |
| No afronta                             | 1         | 7.1         | 13        | 92.9        | 14        | 100.0        |       |   |
| <b>Total</b>                           | <b>12</b> | <b>24.0</b> | <b>38</b> | <b>76.0</b> | <b>50</b> | <b>100.0</b> |       |   |

**Fuente.** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 12 se observa que los adultos mayores que afrontan el estrés tanto en forma leve como moderada, en mayoría son del género femenino (68.0% y 72.8%), respectivamente.

Situación igual se da en el caso de los adultos mayores que no lo afrontan, ya que el 92.9% son del género femenino, en el afrontamiento del estrés desde el enfoque de la percepción predomina el género femenino.

**TABLA N° 13**

**ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA PERCEPCION POR ESTADO  
CIVIL, CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA, 2013**

| ESTADO CIVIL                                          | SOLTERO  |            | CASADO    |             | VIUDO     |             | DIVORCIADO |            | Total     |              |
|-------------------------------------------------------|----------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|-----------|--------------|
|                                                       | N°       | %          | N°        | %           | N°        | %           | N°         | %          | N°        | %            |
| <b>Afrontamiento<br/>Enfocado a la<br/>Percepción</b> |          |            |           |             |           |             |            |            |           |              |
| Leve                                                  | 1        | 4.0        | 12        | 48.0        | 8         | 32.0        | 4          | 16.0       | 25        | 100.0        |
| Moderado                                              | 0        | 0.0        | 10        | 90.9        | 1         | 9.1         | 0          | 0.0        | 11        | 100.0        |
| No afronta                                            | 0        | 0.0        | 13        | 92.8        | 1         | 7.2         | 0          | 0.0        | 14        | 100.0        |
| <b>Total</b>                                          | <b>1</b> | <b>2.0</b> | <b>35</b> | <b>69.9</b> | <b>10</b> | <b>20.1</b> | <b>4</b>   | <b>8.0</b> | <b>50</b> | <b>100.0</b> |

**Fuente. Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013**

Según los resultados de la tabla N° 13, se tiene que los mayores porcentajes del 48.0% y 90.9% que afrontan de manera leve y moderada corresponden a los adultos mayores casados. Lo mismo ocurre en el caso de los adultos mayores que no lo afrontan (92.8%) y que también son casados.

En el afrontamiento del estrés enfocado a la percepción, predomina el estado civil de casado.

**TABLA N° 14**

**ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA PERCEPCION POR  
OCUPACION, CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA,  
2013**

| OCUPACION<br>Afrontamiento<br>Enfocado a la Percepción | DEDICADO AL<br>HOGAR |             | TRABAJA   |             | TOTAL     |              |
|--------------------------------------------------------|----------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
|                                                        | N°                   | %           | N°        | %           | N°        | %            |
| Leve                                                   | 21                   | 84.0        | 4         | 16.0        | 25        | 100.0        |
| Moderado                                               | 9                    | 81.8        | 2         | 18.2        | 11        | 100.0        |
| No afronta                                             | 9                    | 64.2        | 5         | 35.8        | 14        | 100.0        |
| <b>Total</b>                                           | <b>39</b>            | <b>78.0</b> | <b>11</b> | <b>22.0</b> | <b>50</b> | <b>100.0</b> |

**Fuente.** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 14 se aprecia que los adultos mayores que afrontan el estrés enfocado a la percepción de manera leve y moderada, en mayoría son los que se dedican al hogar (84.0% y 81.8%). Asimismo, el mayor porcentaje de ellos que no lo afrontan también son los que se dedican al hogar.

En este aspecto, la ocupación que predomina es la dedicación al hogar.

**TABLA N° 15**

**ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS CON DIABETES MELLITUS SEGÚN  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENFOCADO A LA PERCEPCIÓN POR  
RELIGIÓN, CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ, AREQUIPA,  
2013**

| RELIGION<br>Afrontamiento<br>Enfocado a la Percepción | CATOLICA  |             | OTRAS    |             | TOTAL     |              |
|-------------------------------------------------------|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|--------------|
|                                                       | N°        | %           | N°       | %           | N°        | %            |
| Leve                                                  | 21        | 84.0        | 4        | 16.0        | 25        | 100.0        |
| Moderado                                              | 10        | 90.9        | 1        | 9.1         | 11        | 100.0        |
| No afronta                                            | 14        | 100.0       | 0        | 0.0         | 14        | 100.0        |
| <b>Total</b>                                          | <b>45</b> | <b>90.0</b> | <b>5</b> | <b>10.0</b> | <b>50</b> | <b>100.0</b> |

**Fuente.** Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N°15 se observa que del 100% de los adultos mayores con Diabetes Mellitus que afrontan leve y moderadamente el estrés enfocado a la percepción por religión, los mayores porcentajes del 84% y 90.9% profesan la religión católica.

Del 100% de dichos pacientes que no lo afrontan, la totalidad también profesan la religión católica.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Los adultos mayores con Diabetes Mellitus, de menores edades, género femenino, de estado civil casados, dedicados al hogar y de religión católica son los que en mayoría afrontan el estrés enfocado al problema, en forma leve y moderada.

**SEGUNDA:** En el enfoque de emoción, tanto los adultos mayores con Diabetes Mellitus que afrontan el estrés como los que no lo afrontan son en mayoría los de menor edad, son casados, pertenecen al género femenino, se dedican al hogar y pertenecen a la religión católica.

En este enfoque, en general los adultos mayores en porcentajes que supera el 40.0 % no afrontan el estrés.

**TERCERA:** Considerando el enfoque de la percepción, los adultos mayores con Diabetes Mellitus, de menores edades, género femenino, de estado civil casados, dedicados al hogar y de religión católica son los que en mayoría afrontan el estrés en forma moderada y leve.

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Las profesionales de Enfermería del Centro Médico Universitario Pedro P.

Díaz deben enfatizar y/o incluir en la gestión técnica y administrativa de la atención de enfermería a los adultos mayores con Diabetes Mellitus, el cuidado humanizado a fin de cuidar psicoemocionalmente a dichos pacientes.

**SEGUNDA:** A los miembros del equipo de salud realizar monitoreo psicológico a los adultos mayores atendidos en el Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz de Arequipa.

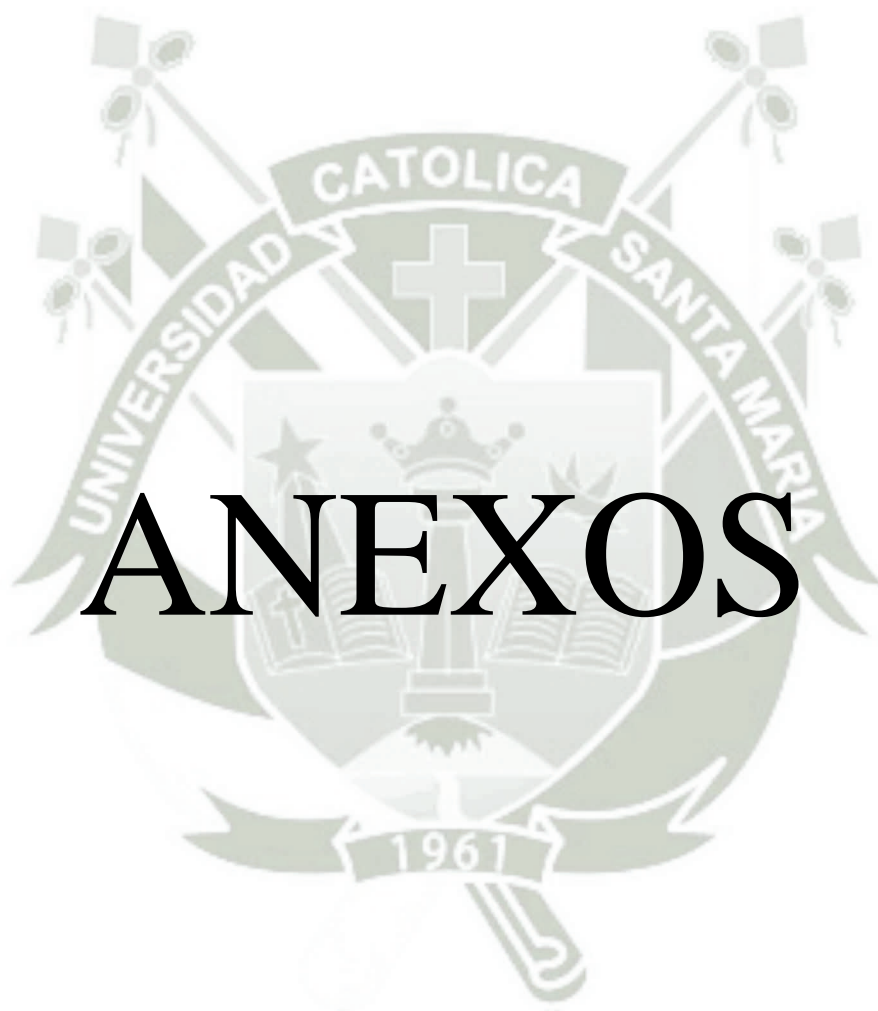
**TERCERA:** A la unidad de capacitación del Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz elabore programas de educación preventivo-promocional que incluya la forma de cómo afrontan el estrés en casos de enfermedades crónicas en los adultos mayores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. BRUNER Y SUDARTE Manual de Enfermería Médico Quirúrgico 8va. Ed. Editorial Interamericana. México. 1999.
2. CANALES Y COLS Metodología de la Investigación. 2da. Ed. Editorial Limusa. México. 2000.
3. CAÑIZO F. J.; Hawkíns F. "Diabetes Mellitus. Teoría y práctica". Boehringer Mannheim S.A. Barcelona, 2004
4. COOK y FONTAINE Enfermería Psiquiátrica 2da. Ed. Editorial Interamericana. España. 2003.
5. E. JHONMASHALL R. Emoción y Motivación. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México. 2001.
6. Federación de Asociaciones de enfermos de Alzheimer "En Casa tenemos un Enfermo de Diabetes Mellitus tipo II". México, 2005
7. GARCIA Y MARTÍNEZ. Reacciones Psicológicas en Pacientes Somáticos. Editorial Mc Graw – Hill. México. 2006
8. GNECCO Mozo F. La Diabetes en la Práctica. Editorial Cromos. Bogotá, 2001.
9. J. F. DIAZ C. E. Delgado A. "Diabetes Tipo 2. Manual para Atención Primaria". Abbott Científica Medinense. España, 2004.
10. LIPOWSKI Enfermedad Psicológica y el Proceso de Afrontamiento. Psiquiatría Médica. Editorial Mc Graw-Hill. México. 2001.
11. LONG, B. Enfermería Médico Quirúrgica 3ra. Ed. Editorial HarcourtBrace. España. 1998.
12. OMS - Organización Mundial de Salud. La Salud Mental en América L Washington, 2001
13. PAPALIA, D. WENDKOS, S. Psicología. Editorial Mc Graw-Hill. España. 2000.

14. POLIT D, H. Investigación Científica de la Salud. 5ta. Ed. Editorial Interamericana. México. 1999.
15. PONCE A y COLABORADORES. . Editorial SAGSA. Lima. 2005.
16. RIGAU. P, J. Control del Estrés y el Comportamiento violento editorial LIPACU. Puerto Rico. 2001.
17. ZALDIVAR, D. Conocimiento y Dominio del Estrés Cuba. Editorial Científica Técnico. La Habana. Cuba. 1999.





# ANEXOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

## CÉDULA DE ENTREVISTA

### 1. Edad

- a) 60 – 65 años (    )
- b) 66 – 70 años (    )
- c) 71 – 75 años (    )
- d) 76 – 80 años (    )

### 2. Género

- Masculino (    )
- Femenino (    )

### 3. Estado Civil

- Soltero (    )
- Casado (    )
- Viudo (    )
- Divorciado (    )

### 4. Ocupación

- Dedicado al hogar (    )
- Trabaja (    )

### 5. Religión

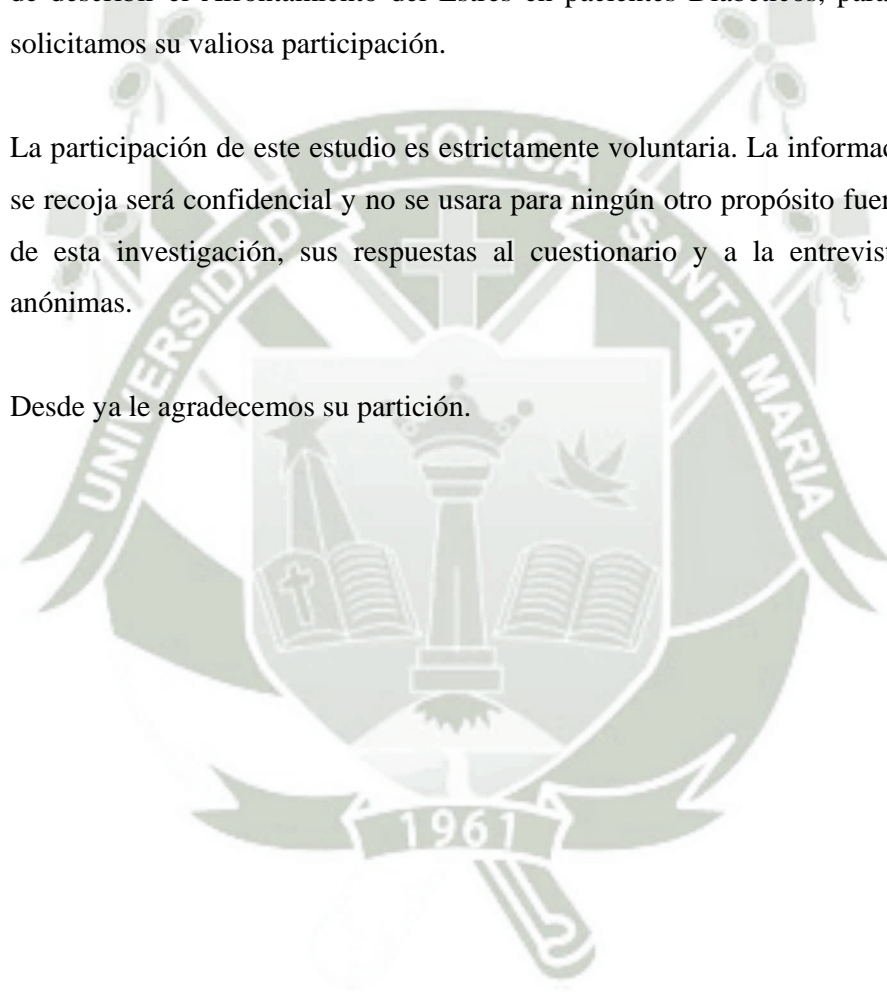
- Católica (    )
- Otras (    )

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reciba nuestro más cordial saludo, somos egresadas de Enfermería de la “Universidad Católica de Santa María” que con fines de obtención del título profesional, estamos realizando una investigación sobre: Afrontamiento del Estrés en Pacientes Adultos Mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus atendidos en el Centro Medico Universitario “Pedro P. Diaz”, con el propósito de describir el Afrontamiento del Estrés en pacientes Diabéticos, para lo cual solicitamos su valiosa participación.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán anónimas.

Desde ya le agradecemos su participación.



## ESCALA DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

Validado por: Carver y Scheier (1994)

Siempre (S)  
Casi siempre (CS)  
No siempre (NS)  
Nunca (N)

| 1.- De Afrontamiento Enfocado al Problema                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | S | CS | NS | N |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|----|---|
| <p><b>Afrontamiento activo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hago mucho esfuerzo con tal de superar este problema.</li> <li>2. Dedico todas mis fuerzas para hacer algo en relación al problema.</li> <li>3. Hago paso a paso lo que tiene que hacerse para solucionar el problema.</li> <li>4. Pienso como puedo manejar mejor el problema.</li> </ol> <p><b>Planificación:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Trato de encontrar cuales son los pasos que tengo que dar para solucionar este problema.</li> <li>6. Frente a los problemas pienso bien en las cosas que tengo que hacer para solucionarlas.</li> <li>7. Pienso bien que cosas tengo que hacer para solucionar el problema.</li> <li>8. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos para poder arreglar el problema.</li> </ol> <p><b>Supervisión de actividades competentes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Dejo todo de lado para dedicarme al problema.</li> <li>10. Me dedico totalmente a este asunto, si hace falta dejo de lado otras cosas.</li> <li>11. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.</li> <li>12. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente.</li> </ol> <p><b>Postergación:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Me esfuerzo a esperar el momento adecuado para encontrarle una solución a esto que estoy viviendo.</li> <li>14. No hago nada hasta que la situación me lo permita.</li> <li>15. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.</li> <li>16. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente.</li> </ol> <p><b>Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>17. Le pregunto a aquellas personas que han pasado por experiencias parecidas que cosa hicieron.</li> <li>18. Busco alguien que me aconseje que es lo que tengo que hacer.</li> <li>19. Hablo con quien pueda darme más información sobre la situación que estoy viviendo.</li> <li>20. Hablo con quien pueda hacer algo preciso sobre el problema.</li> </ol> |   |    |    |   |

| .- De afrontamiento Enfocado a la Emoción:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | S | NS | CS | N |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|----|---|
| <p><b>Búsqueda de apoyo social, razón emocional:</b></p> <p>21. Le cuento a alguien como me siento.<br/>22. Le pido a Dios que me ayude.<br/>23. Le cuento a personas de mi entorno familiar como me siento.<br/>24. Voy donde alguien que me acepte y me comprenda.</p> <p><b>Reinterpretación positiva y crecimiento:</b></p> <p>25. Trato de encontrar el lado bueno de lo que estoy viviendo.<br/>26. Busco otras formas de entender el problema para que se vea más favorable.<br/>27. Saco algún provecho de lo que me esta pasando.<br/>28. Trato de que esta experiencia me sirva para cambiar.</p> <p><b>Aceptación:</b></p> <p>29. Aprendo a vivir con este problema.<br/>30. Acepto lo que paso y que no puedo cambiarlo.<br/>31. Me hago la idea de que el problema ya sucedió.<br/>32. Acepto la realidad de lo que sucedió.</p> <p><b>Acudir a la religión:</b></p> <p>33. Le pido a Dios que me ayude.<br/>34. Pongo mi confianza en Dios.<br/>35. Trato de encontrar consuelo en mi religión.<br/>36. Rezo más que de costumbre</p> <p><b>Negación:</b></p> <p>37. Me resisto a creer que esto me haya pasado.<br/>38. Me hago la idea de que nada a pasado.<br/>39. Hago como si nada hubiera pasado.<br/>40. Me digo "no puedo creer que esto me este pasando"</p> |   |    |    |   |
| <p><b>3.- De Afrontamiento Enfocada a la Percepción:</b></p> <p><b>Enfocar y liberar emociones:</b></p> <p>41. Me molesto y expreso todo lo que siento<br/>42. Dejo salir todo lo que siento.<br/>43. Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento.<br/>44. Pierdo el control y me doy cuenta de ello.</p> <p><b>Desentendimiento conductual:</b></p> <p>45. Ya no hago ningún esfuerzo para conseguir lo que quiero.<br/>46. Dejo de insistir en lograr lo que quería.<br/>47. Reconozco que no puedo con el problema y ya no trato de resolverlo.<br/>48. Reduzco los esfuerzos que dedico a la solución del problema.</p> <p><b>Desentendimiento mental:</b></p> <p>49. Me pongo a trabajar o hacer cualquier cosa para no pensar en el problema.<br/>50. Voy a pasear y veo TV. para no pensar tanto en el problema.<br/>51. Sueño despierto sobre otras cosas diferentes al problema.<br/>52. Duermo más de lo acostumbrado.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |    |    |   |



*Universidad Nacional de San Agustín*  
**CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO PEDRO P. DIAZ**

## CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE, DIRECTOR DEL CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO  
PEDRO P. DÍAZ, HACE CONSTAR QUE:

Las Señoritas:

**MILAGROS CECILIA ARENAZA NUÑEZ**  
**PAOLA ROXANA CHAYÑA ZEVALLOS**

Han realizado la aplicación de encuestas del proyecto de tesis **“Afrontamiento del estrés en pacientes adultos mayores con Diabetes mellitus tipo II”**, atendidos en el Centro Médico Universitario Pedro P. Díaz”.

Se expide la presente a solicitud de la interesada para los fines que vea por conveniente.

Arequipa, 8 de julio del 2013

