

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería
Escuela Profesional de Enfermería



**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y RESPUESTA ADAPTATIVA
EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES TIPO II EN TIEMPOS DE COVID-19
CENTRO DE SALUD VÍCTOR RAÚL HINOJOSA, AREQUIPA, 2022**

Tesis presentada por la Bachiller:

Molina Rondón, Shirley Lissett

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Asesora:

Mg. Delgado Velarde Shirley Roció

Arequipa – Perú

2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ENFERMERIA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 24 de Abril del 2023

Dictamen: 004284-C-FENFER-2023

Visto el borrador del expediente 004284, presentado por:

2006150192 - MOLINA RONDON SHIRLEY LISSETT

Titulado:

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y RESPUESTA ADAPTATIVA EN ADULTOS
MAYORES CON DIABETES TIPO II EN TIEMPOS DE COVID-19, CENTRO DE SALUD VÍCTOR RAÚL
HIÑOJOSA, AREQUIPA, 2022**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29526835 - BORJA VIZCARRA MARIA DEL PILAR SOFIA
DICTAMINADOR**



**29269913 - CARDEÑA VALVERDE MIRTA ELENA
DICTAMINADOR**



**29524150 - ZAPANA BEGAZO ROSEMARY
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

Dedico esta tesis con mucho cariño y gratitud a mis padres Juan Molina y Juana Rondón por siempre brindarme su apoyo emocional para poder culminar mi carrera profesional.

Dedico esta tesis a mis hermanas Carmen y Johanna por siempre brindarme su apoyo, consejos y comprensión.

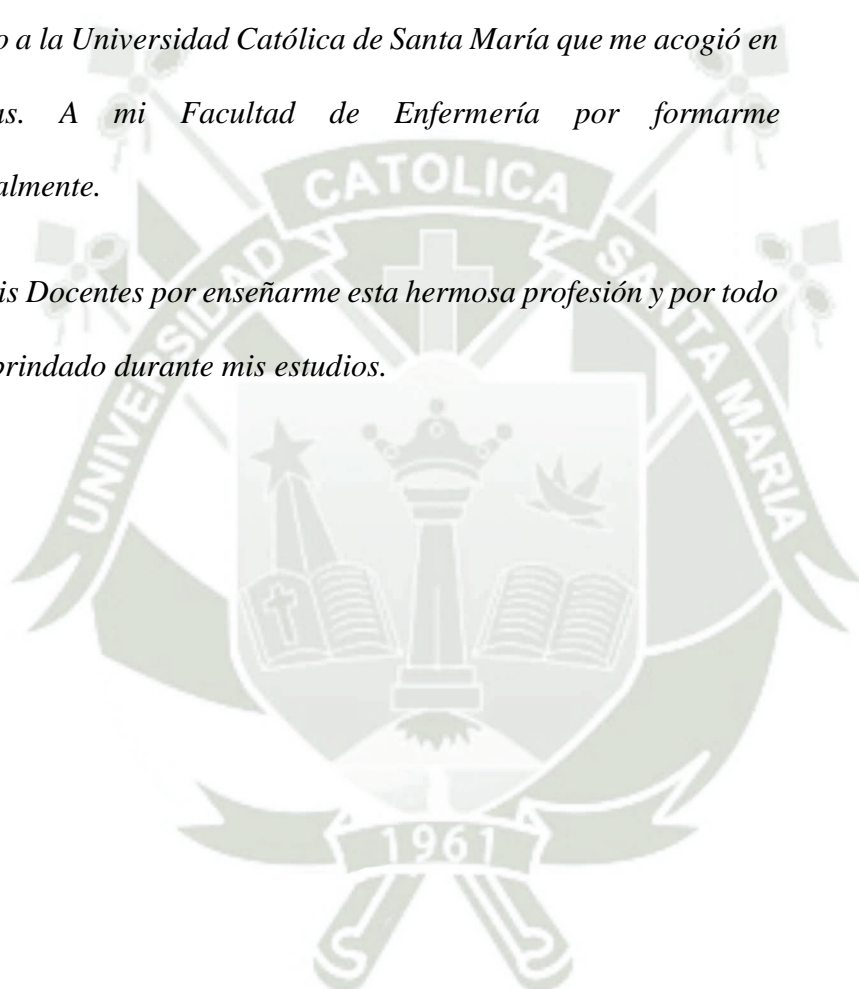


AGRADECIMIENTO

*Agradezco a Dios por su protección y guía para culminar mi carrera,
a mi familia por siempre brindarme su apoyo.*

*Agradezco a la Universidad Católica de Santa María que me acogió en
sus aulas. A mi Facultad de Enfermería por formarme
profesionalmente.*

*A todas mis Docentes por enseñarme esta hermosa profesión y por todo
el apoyo brindado durante mis estudios.*



RESUMEN**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y RESPUESTA ADAPTATIVA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES TIPO II EN TIEMPOS DE COVID-19 CENTRO DE SALUD VÍCTOR RAÚL HINOJOSA, AREQUIPA, 2022**

La Presente Investigación tuvo como objetivo establecer el nivel de incertidumbre y respuesta adaptativa en adultos mayores con diabetes Tipo II en tiempos de Covid-19 que asisten al Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa. La metodología del estudio fue de campo, de corte transversal y diseño relacional. Se utilizaron dos cuestionarios denominados la Escala de incertidumbre frente a la enfermedad y el cuestionario de respuesta adaptativa, los cuales fueron aplicados a 50 pacientes. Los resultados demostraron que el 90.0% de los pacientes encuestados tenía un nivel moderado de incertidumbre frente a la Diabetes Mellitus Tipo II, mientras que, el 86.0% alcanzó un nivel mejorable de respuesta adaptativa a la enfermedad. Finalmente, se concluyó que no existe una relación significativa entre la incertidumbre frente a la enfermedad y la respuesta adaptativa a la Diabetes Mellitus Tipo II en adultos mayores.

Palabras clave: Diabetes Mellitus tipo II, adultos mayores, incertidumbre a la enfermedad, respuestas adaptativas.

ABSTRACT**RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF UNCERTAINTY AND ADAPTIVE RESPONSE IN OLDER ADULTS WITH TYPE II DIABETES IN TIMES OF COVID-19 VÍCTOR RAÚL HINOJOSA HEALTH CENTER, AREQUIPA, 2022"**

The Present research aimed to establish the level of uncertainty and adaptive response in older adults with Type II diabetes in times of Covid-19 who attend the Víctor Raúl Hinojosa Health Center, Arequipa. The study methodology was field, cross-sectional and relational design. Two questionnaires called the Uncertainty Scale regarding the disease and the adaptive response questionnaire were used, which were applied to 50 patients. The results showed that 90.0% of the surveyed patients had a moderate level of uncertainty regarding Type II Diabetes Mellitus, while 86.0% reached an improbable level of adaptive response to the disease. Therefore, it was concluded that there is no significant relationship between uncertainty about the disease and the adaptative response to Type II Diabetes Mellitus in older adults.

Key Word: Diabetes Mellitus type II, older adults, uncertainty about the disease, adaptive responses.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) es una de las enfermedades no transmisibles que aqueja con mayor frecuencia a la población mundial, afecta gravemente la salud y la productividad de quienes la padecen, ya que comúnmente se asocia con complicaciones graves como ceguera, amputaciones de los miembros inferiores e insuficiencia renal crónica. Por lo tanto, es una de las principales causas de incapacidad operativa y pérdida de años de vida saludable, debido a las complicaciones sistémicas que genera, así como al impacto en los presupuestos de servicios de salud, al nivel de productividad y al crecimiento económico (1) (2). Entre los principales factores de riesgo asociados a la DM2 en adultos mayores tenemos el sobrepeso, obesidad, dieta, hipertensión arterial, enfermedad cardio vascular y tabaquismo (1) (3).

La diabetes constituye una gran amenaza a la salud mundial, quienes la presentan tienen riesgo de desarrollar complicaciones graves y mortales, que conlleva en atención médica, una reducida calidad de vida y un excesivo estrés para las familias, también de manera indirecta incluye una baja a la economía mundial por la pérdida de costos de producción por distintas causas, como abandono de trabajo por discapacidad, mortalidad, absentismo y presentismo (4).

En muchos casos cuando se le diagnostica a una persona con DM2, dicha noticia le suele generar un conjunto de emociones, como estrés, ansiedad e incertidumbre frente a la enfermedad, lo que imposibilita predecir los resultados; a esto se suma que existe un limitado número de investigaciones relacionadas con la incertidumbre en adultos mayores con DM2. Es importante mencionar que la incertidumbre en personas con DM2 no se ha explorado lo suficiente, ya que es un fenómeno subjetivo de interpretación (5).

Ahora bien, la pandemia por Covid-19 ha alterado la atención a pacientes de todo tipo, sobre todo en los centros de salud, dificultando así la adaptación de los pacientes a su enfermedad.

La realización del presente estudio tuvo como objetivo principal relacionar el nivel de incertidumbre y respuesta adaptativa en adultos mayores con diabetes Tipo II en tiempos de Covid-19 Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa, 2022, para comprender mejor la investigación se ha optado por separar el contenido en tres capítulos.

El Capítulo I estuvo conformado por el planteamiento teórico, el cual presentó al problema de investigación, en el que se detalló el enunciado, descripción y ubicación del problema, análisis y operacionalización de variables, interrogantes básicas, tipo y nivel de investigación y justificación del problema. Asimismo, se desarrolló el marco Teórico, en el que se expuso las bases teóricas de la investigación, objetivos, antecedentes investigativos e hipótesis.

El Capítulo II denominado Planteamiento Operacional señaló la técnica e instrumentos de investigación, el campo de verificación, el cual detalló la ubicación espacial, temporal y la unidad de estudio y las estrategias de recolección de datos.

El Capítulo III denominado Análisis e interpretación de datos detalló la interpretación de tablas y figuras.

Finalmente, se detallaron las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.



ÍNDICE

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS	ii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. Enunciado del problema	2
1.2. Descripción del problema	2
1.2.1. Ubicación del problema.....	2
1.2.2. Análisis y Operacionalización de variables	2
1.2.3. Interrogantes básicas.....	3
1.2.4. Tipo y nivel de investigación.....	4
1.3. Justificación del problema	4
2. OBJETIVOS.....	6
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1. Diabetes Mellitus.....	7
3.1.1. Causas de la Diabetes Mellitus	7
3.1.2. Tipos de Diabetes Mellitus	8
3.1.3. Diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo II.....	9
3.1.4. Prevalencia de la Diabetes Mellitus de tipo 2.....	10

3.1.5.	Complicaciones de la Diabetes en la salud	11
3.1.6.	Prevención de la diabetes Mellitus tipo II	12
3.1.7.	Factores de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo II.....	13
3.1.8.	Factores de riesgo asociadas a Diabetes	13
3.1.9.	COVID-19 y Diabetes Mellitus tipo II	14
3.1.10.	Tratamiento para la Diabetes Mellitus tipo II	15
3.2.	Adulto Mayor	18
3.2.1.	Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo II.....	18
3.2.2.	Factores de riesgo y complicaciones que comprometen la enfermedad del paciente.....	19
3.2.3.	Norma técnica para atención del adulto mayor.....	21
3.2.4.	Derechos de la Persona Adulta Mayor	24
3.2.5.	Deberes de la Familia y Estado para con el Adulto Mayor	25
3.2.6.	Incertidumbre ante la enfermedad	26
3.2.7.	Respuesta adaptativa frente a la enfermedad	31
3.3.	Rol de las enfermeras en la atención de pacientes	35
3.4.	Covid-19.....	37
3.4.1.	Definición.....	37
3.4.2.	Transmisión.....	37
3.4.3.	Sintomatología	38
4.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	39
4.1.	Antecedentes Internacionales	39

4.2. Antecedentes Nacionales	40
4.3. Antecedentes Locales.....	41
5. HIPÓTESIS	42
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	44
1. TÉCNICA E INSTRUMENTO	44
1.1. Técnicas	44
1.2. Instrumentos	44
1.2.1. Escala de Incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel, versión comunitaria (MUIS-C)	44
1.2.2. Cuestionario de respuesta adaptativa de Portilla et al. (1995).....	46
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	48
2.1. Ubicación Espacial.....	48
2.2. Ubicación Temporal	48
2.3. Unidad de Estudio	48
2.3.1. Universo.....	48
3. ESTRATEGÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
3.1. Organización	49
3.2. Recursos.....	50
3.2.1. Recursos Humanos	50
3.2.2. Recursos Materiales	50
3.2.3. Recursos Físicos	50
3.2.4. Recursos Financieros.....	50

CAPITULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	50
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS.....	1
Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	1
Anexo 2. CUESTIONARIOS DE INCERTIDUMBRE Y RESPUESTA ADAPTATIVA FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD VICTOR RAÚL HINOJOSA EN TIEMPOS DE COVID-19, AREQUIPA, 2022	2
Anexo 3. ESCALA DE MISHEL INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD .	4
Anexo 4. CUESTIONARIO DE RESPUESTA ADAPTATIVA.....	6
Anexo 5. Consistencia interna	11

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1.....	51
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELITUS TIPO 2 SEGÚN EDAD	
TABLA N°2.....	52
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN GENERO	
TABLA N°3.....	53
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN EL ESTADO CIVIL	
TABLA N° 4	54
ADULTOS MAYORES CON DIBETES MELLITUS TIPO 2 SEGUN EL GRADO DE INSTRUCCION	
TABLA N°5	55
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN LA OCUPACION	
TABLA N°6.....	56
ADULTOS MAYORES SEGÚN EL TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE DIABETES TIPO 2	
TABLA N° 7	57
ADULTOS MAYORES SEGÚN SEGÚN EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE	
TABLA N° 8.....	58
ADULTOS MAYORES SEGÚN LA RESPUESTA ADAPTATIVA GLOBAL	
TABLA N°9.....	59
ADULTOS MAYORES SEGÚN LOS INDICADORES DE LA RESPUESTA ADAPTATIVA GLOBAL	
TABLA N° 10	61
RELACION ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA PERCEPCION DE LA SEVERIDAD FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES	
TABLA N° 11.....	63

RELACION ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LAS BARRERAS PARA EL
CUMPLIMIENTO FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES

TABLA N°12.....65

RELACION ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA CONDUCTA DE SALUD FRENTE
A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES

TABLA N°13.....67

RELACION ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA REPERCUSION PSICOLOGICA
FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES

TABLA N°14.....69

RELACION ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LAS MOLESTIAS ASOCIADAS A LA
ENFERMEDAD FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES

TABLA N°15.....71

RELACION ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA RESPUESTA ADAPTATIVA
FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 9	60
INDICADORES DE LA RESPUESTA ADAPTATIVA FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES	
GRÁFICO N° 10.....	62
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA PERCEPCIÓN DE LA SEVERIDAD FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES	
GRÁFICO N° 11.....	64
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LAS BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES	
GRÁFICO N° 12.....	66
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA CONDUCTA DE SALUD FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES	
GRÁFICO N° 13.....	68
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES	
GRÁFICO N° 14.....	70
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LAS MOLESTIAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO2 EN ADULTOS MAYORES	
GRÁFICO N° 15.....	72
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA RESPUESTA ADAPTATIVA FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES	

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y RESPUESTA ADAPTATIVA
EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES TIPO II EN TIEMPOS DE COVID-19
CENTRO DE SALUD VÍCTOR RAÚL HINOJOSA, AREQUIPA, 2022.

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Ubicación del Problema

Campo: Ciencias de la salud

Área : Enfermería en Salud del Adulto Mayor

Línea : Enfermedades no transmisibles

1.2.2. Análisis y Operacionalización de Variables

Variable Independiente: Incertidumbre frente a la enfermedad

Variable Dependiente: Respuesta adaptativa a la enfermedad

Cuadro de Datos Sociodemográficos

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	
Edad	Mayor a 60 años de edad
Sexo	Masculino Femenino
Estado Civil	Soltero Casado Viudo Divorciado

Grado de instrucción	Sin estudios Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Trabaja No Trabaja Jubilado

Cuadro de Operacionalización de las Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
VARIABLE INDEPENDIENTE: Incertidumbre frente a la enfermedad	Ambigüedad	Información interpretada de diferentes maneras
	Complejidad	Información compleja
VARIABLE DEPENDIENTE: Respuesta adaptativa a la enfermedad	Percepción de la Severidad de la Enfermedad	Actitud hacia la situación
	Barreras para el Cumplimiento del Tratamiento	Inconvenientes perjudiciales
	Conducta de Salud	Conductas saludables
	Repercusión Psicológica	Consecuencias psicológicas
	Molestias Asociadas a la Enfermedad	Padecimiento

1.2.3. Interrogantes Básicas

1. ¿Cuál es el nivel de incertidumbre en adultos mayores con diabetes Tipo II en tiempos de Covid-19 ¿Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa?

2. ¿Cuál es la respuesta adaptativa en adultos mayores con diabetes Tipo II en tiempos de Covid-19 Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa?
3. ¿Cuál es la relación entre nivel de incertidumbre y la respuesta adaptativa en adultos mayores con diabetes Tipo II en tiempos de Covid-19 ¿Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa?

1.2.4. Tipo y Nivel de Investigación

Tipo : Descriptivo relacional

Nivel : Relacional

1.3. Justificación del Problema

La Diabetes es una enfermedad crónica de prevalencia en adultos mayores que conlleva a exigencias psicológicas y comportamentales por parte de las personas que la padecen, debido a que el manejo de esta enfermedad está liderado por el propio paciente (6) (7). Actualmente 422 millones de personas sufren de diabetes en todo el mundo (5.3%) y 62 millones de estas viven en América (6%), siendo la proporción mayor en países de ingresos bajos y medianos, como Perú (8).

A esta enfermedad se le atribuyen directamente 1.5 millones de muertes a nivel mundial cada año (8), y que ha ido en aumento durante las últimas décadas (9). Respecto a los adultos mayores con diabetes tipo II, estos presentan un riesgo de mortalidad en un 10%, mayor que aquellos adultos que no padecen de esta enfermedad (10). Actualmente en Latinoamérica existe un limitado número de investigaciones relacionadas con la incertidumbre frente a diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores (5), por tanto, el presente estudio presenta relevancia científica debido a que la diabetes de tipo II suele representar un conjunto de emociones, incluida la incertidumbre frente a la enfermedad, imposibilitando

predecir los resultados, en tiempos de Covid-19, ya que son estos profesionales de la salud quienes pueden generar estrategias al sector salud dentro de su campo laboral a fin de aliviar la incertidumbre, la ansiedad, el asilamiento dependiendo de las circunstancias contextuales y poder proporcionar servicios de la asistencia frente a la entrega de información al fomentar la adaptación al paciente (11), al contribuir con el conocimiento del enfermero, que aportará a la línea de investigación sobre la salud del adulto.

La relevancia humana y social de la presente investigación radica en el beneficio que se brinda a la sociedad, pues al analizar la relación entre el nivel de incertidumbre y la respuesta adaptativa frente a Diabetes Mellitus Tipo 2 en adultos mayores, se proveerán de datos que permitan desarrollar habilidades y direcciones profesionales físicas, mentales, emocionales y motivacionales, para impulsar las conductas de autocuidado en esta población (12). Más aun cuando se atraviesa una pandemia que trajo consigo medidas de seguridad que limitaron el acceso a los servicios de control de estos pacientes.

El presente estudio se realizó por la motivación del desarrollo profesional para poder alcanzar metas personales y obtener el título de Licenciada en enfermería y de esta forma contribuir en el bienestar de los pacientes diabéticos y sus familias.

Respecto a la factibilidad y viabilidad de la investigación es necesario precisar que se contó con el acceso necesario a la población de estudio y el respaldo de las autoridades de la institución para poder efectuar la recolección de datos; asimismo se contó con instrumentos con propiedades psicométricas

satisfactorias. De igual forma, el estudio fue autofinanciado por la investigadora, sin suponer un gasto económico elevado.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Identificar el nivel de incertidumbre en adultos mayores con diabetes Tipo II en tiempos de Covid-19 Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa, 2022.
- 2.2. Identificar la respuesta adaptativa en adultos mayores con diabetes Tipo II en tiempos de Covid-19 Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa, 2022.
- 2.3. Determinar la relación entre nivel de incertidumbre y la respuesta adaptativa en adultos mayores con diabetes Tipo II en tiempo de Covid-19 Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa, 2022.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que se origina cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no lo utiliza de manera eficaz, entendiendo que la insulina es una hormona que controla la glucemia; es decir, la concentración de glucosa en la sangre. En la diabetes es característico que cuando no se controle, genera hiperglucemia (presencia elevada de glucosa en la sangre) la cual con el pasar del tiempo puede originar daños severos en varios órganos y sistemas del organismo (13). Así como trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, con síntomas características como la sed, poliuria, visión borrosa y pérdida de peso. Generalmente, los síntomas no son graves o no son muy evidentes, por lo que puede provocar cambios funcionales y patológicos durante mucho tiempo antes de su diagnóstico (14).

3.1.1. Causas de la Diabetes Mellitus

La insulina es una hormona producida en el páncreas por células especiales, llamadas beta. El páncreas está por debajo y detrás del estómago. La insulina es necesaria para mover el azúcar en la sangre (glucosa) hasta las células. Dentro de las células, esta se almacena y se utiliza posteriormente como fuente de energía. Cuando usted tiene diabetes tipo 2, los adipocitos, los hepatocitos y las células musculares no responden de manera correcta a dicha insulina. Esto se denomina resistencia a la insulina. Como resultado de esto, el azúcar de la sangre no entra en estas células con el fin de ser almacenado como fuente de energía.

Cuando el azúcar no puede entrar en las células, se acumula un nivel alto de este en la sangre, lo cual se denomina hiperglucemia. El cuerpo es incapaz de usar la glucosa como energía. Esto lleva a los síntomas de la DMT2.

Por lo general, la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente con el tiempo. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso o son obesas en el momento del diagnóstico. El aumento de la grasa le dificulta al cuerpo el uso de la insulina de la manera correcta.

La diabetes tipo 2 puede presentarse también en personas que no tienen sobrepeso o que no son obesas. Esto es más común en los adultos mayores.

Los antecedentes familiares y los genes juegan un papel importante en la diabetes tipo 2. Un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo alrededor de la cintura aumentan el riesgo de que se presente esta enfermedad. (15).

3.1.2. Tipos de Diabetes Mellitus

- **Diabetes Mellitus Tipo I**

Este tipo de diabetes, se debe a que las células de páncreas que producen la insulina dejan de trabajar, por lo que necesitan inyecciones diarias de insulina. Asimismo, es menos común en las personas y se pueden presentar

a cualquier edad, siendo frecuente en niños, adolescentes o adultos jóvenes (15).

Los síntomas de este tipo de diabetes pueden caracterizarse por la eliminación excesiva de orina, llamado poliuria, además de una sed excesiva, conocida como polidipsia, otro síntoma es el hambre frecuente, pero pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Cabe resaltar que estos síntomas podrían manifestarse de forma imprevista (16).

- **Diabetes Mellitus Tipo II**

Este tipo de diabetes es más común en las personas de edad adulta, a razón de las altas tasas de obesidad, además de que el cuerpo se hace más resistente a la insulina y no la utiliza con la eficacia que debería. A su vez, esta enfermedad se desarrolla lentamente (15).

Los síntomas para esta diabetes se caracterizan por infecciones frecuentes que no se curan fácilmente, niveles altos de azúcar en la sangre al examinarlos, sed poco común, orinar frecuentemente, hambre extrema, pero al mismo tiempo se baja de peso, visión borrosa, náuseas y vómitos, cansancio y debilidad extrema, irritabilidad y cambios en el estado de ánimo, piel reseca, con comezón, hormigueo o pérdida de sensibilidad en las manos y pies (17).

- **Diabetes Gestacional**

La diabetes gestacional es cuando los síntomas de la diabetes aparecen durante el embarazo en una mujer que no ha sido diagnosticada previamente con esta enfermedad, y todos los síntomas desaparecen después de parto. Los factores de riesgo asociados a este tipo de diabetes son la obesidad, antecedentes familiares, haber dado a luz antes a un bebé de gran tamaño,

bebé muerto o con defectos congénitos, tener mucho líquido amniótico, edad avanzada y multiparidad. Lo que, probablemente afecte a los bebés en cuanto a los desequilibrios químicos, como los niveles bajos del suero de calcio y magnesio, así como la macrosomía (bebés más grandes de lo normal) e hipoglucemia (bebés con bajo niveles de azúcar después de nacer). Se espera que después del parto, la mitad de mujeres con diabetes gestacional, tengan más riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, al transcurrir 10 o 20 años, mientras que los hijos también tienen riesgo de padecer de diabetes. Pero después del parto es necesario que se hagan pruebas para verificar que la diabetes ha desaparecido. Es por ello que, la asociación Americana de Diabetes recomienda a las mujeres con este antecedente, se sometan a exámenes de detección de diabetes cada 1 a 3 años (18).

3.1.3. Diagnóstico de la Diabetes Mellitus Tipo II

Los criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus tipo II, se describen a continuación:

- Síntomas como la poliuria (excreción aumentada de orina, por sobre los valores normales para la edad), polidipsia (sed excesiva), o pérdida de peso inexplicable y glicemia al azar ≥ 200 mg/dl.
- Glicemia basal (en ayunas durante al menos 8 hrs) ≥ 126 mg/dl
- Glicemia basal a las 2 horas de un test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG ≥ 200 mg/dl)
- Hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) $\geq 6,5\%$ (19).

Generalmente este tamizaje se debe realizar en los siguientes casos:

- Personas mayores o igual a 45 años

- Personas con un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual 27 kg/m² (20).

En el caso de que la prueba salga alterada “pre diabetes o intolerancia a la glucosa”, deberá volver a realizarse en 1 año, en caso de que sea negativa y el paciente no tenga datos de alarma se deben realizar pruebas subsecuentes cada 3 años (20).

En efecto, la diabetes es una enfermedad que se caracteriza por tener altos niveles de glucosa (azúcar) en la sangre, que las células del cuerpo no pueden utilizar, porque la hormona insulina no está funcionando adecuadamente, manifestando su presencia con los síntomas más comunes: aumento de la sensación de sed, aumento de apetito, orinar con mucha frecuencia, cansancio, mal humor, contraer frecuentemente padecimientos infecciosos (21).

Esta enfermedad crónica no transmisible, requiere de un tratamiento que es a largo plazo, el cual supone costos altos para la sociedad y los sistemas de salud, por tanto, es muy importante la prevención primaria la cual contempla la identificación de personas de riesgo, diagnóstico y tratamiento oportuno, así como la adherencia al tratamiento ya sea este farmacológico o no farmacológico (22).

3.1.4. Prevalencia de la Diabetes Mellitus de Tipo 2

La diabetes de tipo II es una forma de diabetes en el que se da una utilización ineficaz de la insulina, este tipo de diabetes se diferencia del tipo I en la intensidad de sus síntomas, los cuales son menos intensos y por ende su diagnóstico suele pasar desapercibido hasta varios años después de que la enfermedad se haga evidente y se produzca daños en el organismo. Este tipo

de diabetes hasta un tiempo reciente solo se presentaba en adultos, pero en la actualidad suele ser más frecuente en los niños (13).

La prevalencia de este tipo de diabetes en el Perú fue del 5.1% en el 2004-2005, el cual se incrementó al 7.0% en el 2010-2012, según el estudio semi nacional de PERUDIAB (22).

En cuanto a su etiología, esta enfermedad, en su etapa inicial suele ser asintomática, permitiendo que esta no sea diagnosticada con prontitud (23). Asimismo, las alteraciones que provocan, impactarán en las vías metabólicas, como el páncreas, el hígado y los tejidos periféricos (músculo esquelético y el tejido adiposo) (24).

3.1.5. Complicaciones de la Diabetes en la Salud

Los pacientes con DM2, manifiestan resistencia a la insulina, ya que esta no es reconocida por las células encargadas de convertirla en energía y por tanto el páncreas produce más insulina para compensar este déficit, provocando que el organismo cree un círculo vicioso de valores altos de glucosa e insulina, lo cual afectará progresivamente a los nervios y vasos sanguíneos, al igual que puede provocar las siguientes enfermedades:

- Enfermedades del corazón
- Ceguera
- Enfermedades renales
- Problemas en los nervios
- Dificultades con las extremidades (24).

Así como el desarrollo de las siguientes complicaciones:

- En adultos mayores se tiene un riesgo de dos a tres veces mayor a sufrir un infarto del miocardio o un accidente cerebrovascular.

- Las neuropatías de origen diabético que afectan los pies, combinadas con la disminución del flujo sanguíneo aumentan la posibilidad de que se padezcan de úlceras e infecciones, las cuales cuando se complican pueden requerir que se ampute la extremidad afectada.
- La diabetes puede causar insuficiencia renal.
- Otra consecuencia es la retinopatía diabética, la cual es una de las causas más frecuentes de la ceguera. La Organización Mundial de la Salud señala que son cerca 1 millón de personas las que se han quedado ciegas debido a la diabetes (13).

3.1.6. Prevención de la diabetes Mellitus Tipo II

Para poder prevenir la diabetes o reducir sus síntomas conviene realizar los siguientes cambios:

- Llegar a un peso saludable y permanecer en él.
- Realizar una actividad física moderada al menos 30 minutos la mayor cantidad de días posibles a la semana.
- Mantener una dieta saludable sin azúcar ni grasas saturadas.
- No consumir tabaco ya que incrementa el riesgo de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares.
- La prevención es lo primordial para evitar la diabetes o que se retrase su inicio, por lo tanto, sus complicaciones (13).

Entre las medidas de prevención son:

- Reducción de peso en un 5% o mantener su peso adecuado.
- Aumento de ejercicio físico de 150 minutos semanales o 30 minutos al día.

- Reducción de grasas a un 30% del total de calorías, de grasas saturadas (<10%).
- Aumento de fibra en la dieta (15 gr/1.000 Kcal/d) (12).

3.1.7. Factores de riesgo de la Diabetes Mellitus Tipo II

Algunos factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus tipo II se mencionan a continuación:

- Historial familiar con Diabetes Mellitus tipo II.
- Personas mayores a 40 años.
- Obesidad.
- Índice de masa corporal mayor a 27.
- Hipertensión arterial.
- Dislipidemia: HDL
- Colesterol alto
- Antecedentes de diabetes gestacional
- Vida sedentaria y mucho estrés.
- Síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) (13).

3.1.8. Factores de Riesgo Asociadas a Diabetes

La diabetes se encuentra asociada al sobrepeso y la obesidad, así mismo con mayores edades, el origen étnico y los antecedentes familiares. Pero existe factores de riesgo que se pueden cambiar, como son: el exceso de adiposidad, malnutrición o una dieta incorrecta, la falta ejercicios físicos, la prediabetes o la alteración de la tolerancia a la glucosa, tabaquismo y la diabetes gestacional. Sin embargo, existe factores dietéticos que también pueden aumentar el riesgo de padecer dicha enfermedad, que ha sido evidenciado en diferentes investigaciones que indicaron que existe una relación entre un

consumo alto de bebidas azucaradas y el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 (12).

3.1.9. COVID-19 y Diabetes Mellitus Tipo II

La Diabetes Mellitus tipo II, es una de las comorbilidades más comunes que está asociada con un alto grado de mortalidad, prevalente en personas mayores y aquellas que además posean obesidad e hipertensión arterial (3).

Según diversos estudios la diabetes mellitus tipo II, la obesidad y la enfermedad coronaria son las principales comorbilidades en la infección por COVID-19. Algunas hipótesis que pueden validar esta relación son:

- Las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentan un mayor riesgo de infección por un defecto de la inmunidad innata que afecta la fagocitosis la quimiotaxis de neutrófilos y la inmunidad celular.
- Se tiene una elevada frecuencia de pacientes con diabetes mellitus tipo dos con COVID ya que hay mayor prevalencia de esta enfermedad en personas con una edad avanzada, además que dichos pacientes también presentan una mayor comorbilidad con otras enfermedades
- Los pacientes COVID requieren una mayor cantidad de insulina durante el curso severo de su infección (25).

Estudios realizados en China y en Italia, en el año 2020, revelan que los pacientes que murieron por COVID-19, el 70% fueron varones y el 35.5% de estos poseían comorbilidad con la DM2, por tanto, es lógico pensar que las personas con DM tienen mayor riesgo de complicación al adquirir el virus SARS-CoV-2 y es necesario los cuidados preventivos generales para prevenir su contagio, así como cuidados especializados en esta población, como son los que se dan a conocer a continuación:

- Monitoreo de los niveles glucémicos, ya que esta medida ayuda a reducir el riesgo a desarrollar infecciones, así como a prevenir infecciones de neumonía bacteriana.
- Vigilancia de la nutrición e ingesta adecuada de proteínas, ya que una deficiencia en minerales y vitaminas debe ser atendida inmediatamente.
- Fomentar la actividad física dentro de casa, para mejorar el estado de inmunidad.
- Promoción de la vacuna contra la influenza y el neumococo, para la prevención en el desarrollo de una neumonía bacteriana secundaria ante una infección viral respiratoria (3).

3.1.10. Tratamiento para la Diabetes Mellitus Tipo II

A. Tratamiento Farmacológico

. Antidiabéticos orales (ADO) (Metformina): Es el fármaco de primera elección en la DM tipo II, en monoterapia y en asociación con otros fármacos o insulina, por su capacidad de reducir de peso corporal y disminuir el riesgo cardiovascular. Su efectoprincipal es disminuir la producción hepática de glucosa, mejora la sensibilidad a la insulina en los tejidos periférico, no produce hipoglucemia ya que no estimula la secreción pancreática de insulina, no aumenta de peso y mejora el perfil lipídico, disminuye la HbA1C de 1.5 a 2%. (26)

. Sulfonilureas (Glibenclamida, Glimpirida): Son fármacos que estimulan la secreción de insulina del páncreas independientemente del nivel de glucosa sanguínea, motivo por el cual puede producirse hipoglucemia. Son fármacos de elección en caso de contraindicación para el tratamiento de metformina. (27)

Cuando no se obtiene un control adecuado de la glucemia a pesar de utilizar dos o más fármacos hipoglucemiantes orales en dosis máximas, es necesaria la introducción de la insulina para mejorar el control metabólico. (27)

B. Tratamiento no Farmacológico

El tratamiento no farmacológico se encuentra constituido por la alimentación, el ejercicio físico y la educación terapéutica y es considerado como el primer tratamiento de la DMT2. En cuanto, a la alimentación es importante adquirir información sobre hábitos alimentarios, estilos de vida, situación socioeconómica-cultural para empezar una terapia nutricional donde el paciente aprenda a tomar decisiones saludables de forma independiente según su alimentación. Respecto al ejercicio físico, es importante para los pacientes con DMT 2, ya que la inactividad es un factor de riesgo, entonces se recomienda realizar ejercicios estructurados, así como también actividad física, con movimientos corporales que se realizan en tareas cotidianas dentro del hogar, el trabajo o actividades de recreación. Para los adultos mayores con DMT 2, los ejercicios de flexibilidad, equilibrio y estiramiento son beneficiosos para el movimiento articular y reducir riesgos de caídas (28).

C. Tratamiento con Insulina

El tratamiento con insulina es necesario para pacientes con DMT 2, cuyas células β han perdido su capacidad secretora de insulina. Se considera este tratamiento como el más efectivo, ya que reduce el HbA1c un 1.5-3%. Pero se usa cuando la fase de la enfermedad se encuentra avanzada. Aunque en algunos casos se aplica la insulina cuando se realiza el diagnóstico, en enfermos sintomáticos que tienen HbA1c > 10% o niveles de

glucemia > 300 mg/dl (grado D). Así mismo, la insulinización debe ser aplicada de forma transitoria o definitiva en pacientes que no lleguen sus metas de control glucémico:

Situaciones de insulinización transitoria

- Ingresos al hospital, pruebas diagnósticas, enfermedades agudas intercurrentes.
- Descompensación hiperglucémica o cetósica aguda en enfermedades agudas intercurrentes o tratamiento con corticoides.
- Traumatismos graves
- Cirugía mayor
- Embarazo

Se realiza de forma definitiva cuando existe:

- Contradicción permanente de antidiabéticos orales.
- Control glucémico deficiente
- Enfermedades crónicas que contraindican el uso de ADNI (insuficiencia renal o hepática) (27).

D. Tratamiento Complementario

Durante el periodo de 3 meses se harán recomendaciones para cambios en el estilo de vida. En adultos mayores de 80 años, diabéticos, aceptables que tengan una presión arterial sistólica de 140-145 mmHg y presión diastólica menor a 90 mmHg con tratamiento (27).

En adultos mayores frágiles con diabetes frágiles mellitus y con el fin de evitar la aparición de insuficiencia cardiaca o enfermedad cerebro-vascular, se recomienda mantener la presión arterial < 150/90 mmHg, más que enfocarse en prevención de daño microvascular (27).

3.2. Adulto Mayor

El adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona, porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando (29).

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor toda persona mayor de 60 años, pertenecientes a la tercera edad (30).

3.2.1. Adultos Mayores con Diabetes Mellitus Tipo II

Para el Estado Peruano una persona adulta mayor es aquella que tiene 60 o más años de edad (31). La diabetes es la quinta enfermedad más común en la vejez y es una de las que más exigencias psicológicas y comportamentales tiene por parte del paciente, ya que la mayor parte de su manejo está liderado por el paciente. En los diabéticos, la calidad de vida está asociada a la regulación metabólica, que depende de múltiples factores psicosociales y conductuales. Especialmente en pacientes con depresión, ansiedad e impotencia, la diabetes puede aumentar el miedo, afectar negativamente el estado mental y provocar desequilibrios metabólicos (32). Por otro lado, algunos factores de riesgo a tomar en cuenta en adultos mayores son el sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, tipo de dieta y tabaquismo, estos problemas de salud y practicas comunes se asocian a una mayor incidencia de DMT2 (1).

El envejecimiento es un proceso esperado al desarrollo del ciclo vital del ser humano, sin embargo, los cambios a los cuales se ven expuestos durante su vida se ven acumulados en los daños moleculares que disminuyen

gradualmente las reservar fisiológicas, ya que disminuyen la capacidad intrínseca del individuo y se incrementa el riesgo a presentar DM2 (33).

3.2.2. Factores de Riesgo y Complicaciones que Comprometen la Enfermedad del Paciente

A. Síndrome de Fragilidad

El síndrome de fragilidad se caracteriza por el descenso de la resistencia y los suministros fisiológicos de los adultos mayores, especialmente por encontrarse con circunstancias estresantes, por lo que en consecuencia de la acumulación del agotamiento en el sistema fisiológico. Se presenta con signos y síntomas como la fatiga, pérdida de peso, poca actividad física, deterioro cognitivo, debilidad, afectaciones en la movilidad y la vulnerabilidad (34).

La fragilidad es un indicador de envejecimiento disfuncional, por lo que el adulto mayor tendrá más riesgo de enfrentar adversidades que afecten su salud (35).

Es así que este síndrome predispone a situaciones como caídas, hospitalización, deterioro cognitivo crónico, discapacidad o mortalidad. Aunque no se ha realizado un conjunto global de las causas, se considera que podría ser producido como una consecuencia del envejecimiento junto a otros factores biológicos, genéticos, estilos de vida, enfermedades crónicas y determinantes psicosociales (36).

B. Polifarmacia

La polifarmacia es el uso simultáneo o excesivo de varios medicamentos, donde el adulto mayor con múltiples comorbilidades es el más expuesto a esta situación. Asimismo, la polifarmacia debe extenderse a todos los

medicamentos que consume el paciente, independiente de si son prescritos como medicamentos de uso agudo o crónico, tales como medicamentos de receta o venta libre, medicina complementaria y alternativa, así como los suplementos nutricionales ampliamente usados en la población anciana (37).

C. Deterioro Cognitivo

El deterioro cognitivo abarca una disminución en la funcionalidad de una persona, quien se encuentra perdiendo de forma gradual la capacidad para organizar su vida cotidiana y asistirse a sí mismo, además se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores de 65 años. Sin embargo, el deterioro puede evolucionar a una demencia, lo cual genera que se vuelva una persona dependiente (38).

El deterioro cognitivo está asociado a la diabetes tipo 2, como un riesgo por no tener un adecuado control de la enfermedad, porque los adultos mayores que tienen un bajo nivel cognitivo y educativo pueden malinterpretar por error las recetas médicas, lo cual provocaría una inadecuada adherencia al tratamiento (39).

D. Caídas

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan debilidad en los músculos y pérdida de equilibrio, lo cual provoca una afectación en la marcha, lo cual incrementa los riesgos de caídas (40).

Entonces los pacientes diabéticos conservan una marcha lenta, pasos cortos y la necesidad de un apoyo, además tienen más posibilidades de padecer de enfermedades cerebrovascular, disminución del índice tobillo-brazo, pie diabético y más consumo de medicamentos, lo cual incrementa los riesgos de caídas (41).

E. Pie Diabético

El pie diabético aparece cuando existen niveles inadecuados de glucosa en sangre y otros factores que concurren con frecuencia en personas con diabetes, que provocan un daño en los vasos y nervios que pueden producir complicaciones a medio-largo plazo (42). Las lesiones más habituales a este respecto son las úlceras, con o sin infección, y la gangrena. Es importante prevenir y controlarlo, mediante la identificación del pie de alto riesgo y la educación sobre el cuidado para que el paciente de seguimiento a las medidas necesarias (43).

3.2.3. Norma Técnica para Atención del Adulto Mayor

La atención de la persona adulta mayor comprende:

A. Captación del Adulto Mayor

Será captado por diversos motivos, así como si es usuario del centro en el que se atiende, si tiene o no patología o riesgo de salud, si está referido por un promotor de salud, persona o alguna otra institución. Para ello, es importante analizar el motivo de consulta, ya que en función a ello se definirá el plan de atención integral (44).

B. Admisión del Adulto Mayor

Recepción

Para la recepción se deberá brindar una orientación personalizada, con una atención preferente, búsqueda o apertura de la historia clínica que deberá formar parte de la carpeta familiar, validación de los derechos del Seguro Integral de Salud (SIS) (44).

Triaje

En este proceso se deberá brindar atención preferencial, detección de signos de alarma o gravedad, determinar si el adulto mayor presenta una enfermedad para definir el tipo de atención que requiere, asimismo brindarle información y orientación acerca de la atención requerida (44).

C. Atención Integral

La atención integral de la persona adulta mayor comprende un conjunto de cuidados esenciales los que se encuentran incluidos en el paquete de Atención Integral, de acuerdo a las necesidades de salud del adulto mayor. Por lo que, se deberá realizar mediante la Valoración clínica del adulto mayor (VACAM), el cual implica la cuantificación de las capacidades de funcionales y problemas médicos, mentales, psicológicos y sociales del adulto mayor, el examen físico completo y la detección de factores de riesgo o daño para la salud, exámenes de laboratorio complementarios de la evaluación clínica así como el hemograma, hematocrito, glucosa, urea, creatinina, colesterol total, triglicéridos, examen de orina completo. Esta aplicación, se da una vez al año, pudiéndose repetir en otra ocasión si el caso lo amerita (44).

D. Criterios y Selección de los Adultos Mayores a través del VACAM

De la aplicación del VACAM se puede determinar si el adulto mayor se encuentra sano, presenta factores de riesgo o tiene alguna afección o daño. Por lo que, se considera a los adultos mayores en cuatro categorías, las cuales se establecen al final de la primera consulta (44).

- **Persona Adulta Mayor Activa Saludable**, caracterizada por no contar con antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles o patologías agudas y con examen físico normal. Para este grupo población

es necesario la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (44).

- **Persona Adulta Mayor Enferma**, son aquellas personas que presentan alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, lo cual no es invalidante, que no cumple con los criterios de adulto mayor frágil o complejo. Para esta población se debe dar prioridad en la atención al daño, rehabilitación y acciones preventivas promocionales, en función a las características del daño o enfermedad (44).
- **Persona Adulta Mayor Frágil**, se caracteriza por cumplir 2 o más de las siguientes condiciones: Mayor a 80 años, dependencia parcial, deterioro cognitivo leve o moderado, manifestaciones depresivas, riesgo social, caídas (una caída en el último mes o más de una caída al año), tres o más enfermedades crónicas, enfermedad crónica que condiciona incapacidad parcial, polifarmacia (toma más de tres fármacos y por más de 6 semanas), hospitalización en los últimos 12 meses, índice de masa corporal menor a 23 o mayor a 28. Para esta persona es necesario brindarles prevención y atención (44).
- **Paciente Geriátrico Complejo**, se caracterizan por cumplir con más de tres condiciones: Mayor a 80 años, tres o más enfermedades crónicas, el proceso o enfermedad tiene un carácter incapacitante, deterioro cognitivo severo, existe problema social en relación con su estado de salud, paciente terminal (neoplasia avanzada, insuficiencia cardíaca terminal, pronóstico de vida menor a 6 meses). El propósito con estos pacientes es brindarle asistencia, tanto terapéutico como rehabilitador (44).

3.2.4. Derechos de la Persona Adulta Mayor

La persona Adulta Mayor es acreedora de los siguientes derechos:

- Una vida digna, plena, independiente, autónoma y saludable.
- La no discriminación por razones de edad y a no ser sujeto de imagen peyorativa.
- La igualdad de oportunidades.
- Recibir atención integral e integrada, cuidado y protección familiar y social, de acuerdo a sus necesidades.
- Vivir en familia y envejecer en el hogar y en comunidad.
- Una vida sin ningún tipo de violencia.
- Acceder a programas de educación y capacitación.
- Participar activamente en las esferas social, laboral, económica, cultural y política del país.
- Atención preferente en todos los servicios brindados en establecimientos públicos y privados.
- Información adecuada y oportuna en todos los trámites que realice.
- Realizar labores o tareas acordes a su capacidad física o intelectual.
- Brindar su consentimiento previo e informado en todos los aspectos de su vida.
- Atención integral en salud y participar del proceso de atención de su salud por parte del personal de salud, a través de una escucha activa, proactiva y empática, que le permita expresar sus necesidades e inquietudes.
- Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.

- Acceso a la justicia (45).

3.2.5. Deberes de la Familia y Estado para con el Adulto Mayor

El estado, las instituciones de la sociedad, las familias y la persona adulta mayor son los ejes fundamentales para el desarrollo de las acciones de promoción y protección de los derechos de la persona adulta mayor, sobre todo de las acciones de prevención del maltrato y promoción del buen trato. Los deberes de la familia giran en torno al cónyuge o conviviente, los hijos, los nietos, los hermanos y padres de la persona adulta mayor, que cuenten con plena capacidad de ejercicio, tienen el deber de velar por su integridad física, mental y emocional, satisfacer sus necesidades básicas de salud, alimentación, vivienda, recreación y seguridad, visitarlo periódicamente, brindarle los cuidados que requiera de acuerdo a sus necesidades, así como también deben procurar que la persona adulta mayor permanezca en un entorno familiar y comunidad (45).

Los deberes del estado es establecer, promover y ejecutar medidas administrativas, legislativas, jurisdiccionales y de cualquier otra índole, necesarias para promover y proteger el pleno ejercicio de los derechos de la persona adulta mayor y especialmente de aquella que está en riesgo (45).

3.2.6. Incertidumbre ante la Enfermedad

La teoría de la incertidumbre en la enfermedad, desarrollada en 1988 (UIT, por sus siglas en inglés) originalmente fue desarrollada para enfrentar las fases de diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o una enfermedad con una trayectoria descendente determinada y posteriormente se reconceptualizó la teoría en 1990 (RUIT, por sus siglas en inglés) para abordar la experiencia de vivir con una incertidumbre continua, ya sea en

una enfermedad crónica que requiere un tratamiento continuo o en una enfermedad con posibilidad de recurrencia (11).

Esta teoría desarrollada por Mishel, Merle H. propone que la incertidumbre existe en las situaciones de enfermedad, que son ambiguas, complejas e imprevisibles, siendo definida como la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con una enfermedad, y esta se convierte en un estado cognitivo creado por la persona cuando no puede estructurar un evento debido a la falta de señales, es decir, se encuentra en una situación en la que es incapaz de predecir los resultados con precisión generando una serie de emociones (46).

En general, esta teoría explica como los pacientes estructuran cognitivamente un esquema para la interpretación subjetiva de la incertidumbre con los tratamientos y los resultados.

Esta teoría tuvo como objetivo explicar la percepción de la incertidumbre en personas con enfermedades crónicas, es así que se organiza en tres puntos importantes:

-Los antecedentes de la incertidumbre: comprende el aspecto de los estímulos, las facultades cognitivas y las bases de la estructura; factores que se analizan para reconocer el nivel de incertidumbre que poseen los sujetos.

-El proceso de valoración de la incertidumbre: luego de reconocer el nivel de incertidumbre se da una evaluación de dos procesos, uno de ellos es la inferencia, en la cual los sujetos creen que pueden tener el control de lo que les sucede en la vida y, el segundo proceso corresponde a la ilusión, el cual es una creencia que se origina en la incertidumbre y en la que se toma en cuenta las características positivas de una situación.

-Los sistemas de sobrellevar la incertidumbre: si se evalúa la incertidumbre como un peligro el afrontamiento se orienta a disminuir los niveles y a regular la excitación emocional mediante actos y el apoyo psicológico, no obstante, si es considerado como una oportunidad el afrontamiento se protege (46).

El modelo de la Incertidumbre percibida en la enfermedad, se presenta a continuación:

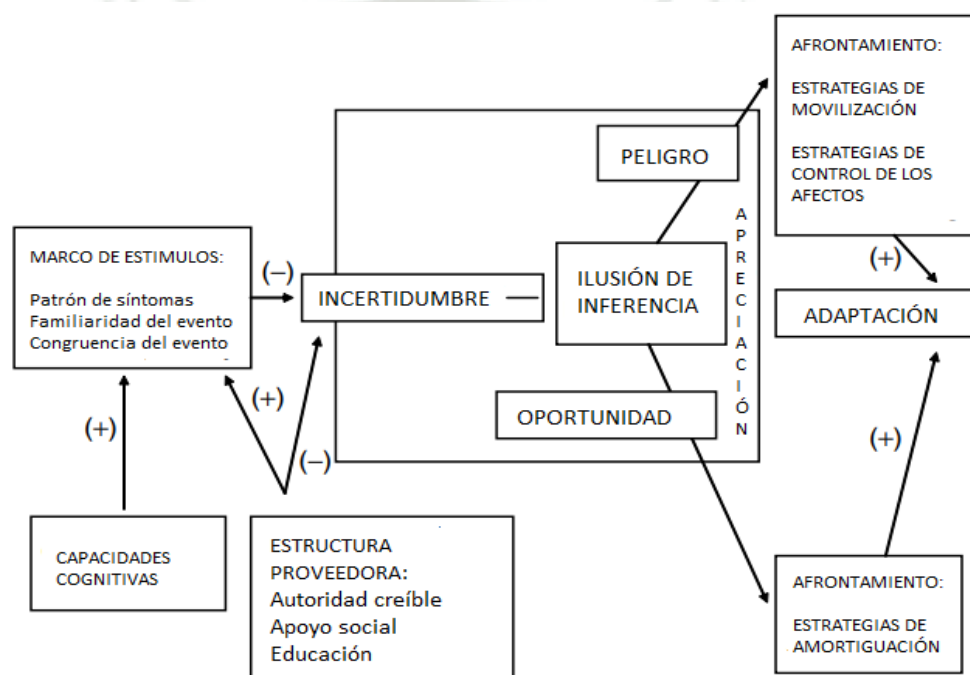


Figura 1. Incertidumbre percibida en la enfermedad según Mishel MH (1988).

La primera parte del modelo se compone por el marco de estímulos, capacidad cognitiva y proveedores de estructura:

Marco de Estímulos: Definida como la forma, la composición y la estructura de los estímulos que la persona percibe. Posee tres componentes:

- El patrón de síntomas que se refiere al grado en que los síntomas están presentes con la suficiente consistencia como para ser percibidos con un patrón o configuración.

- La familiaridad de los acontecimientos es el grado en que la situación es habitual, repetitiva o que contiene señales reconocidas.
- La congruencia del acontecimiento se refiere a la coherencia entre los eventos esperados y los experimentados relacionados con la enfermedad.

La capacidad cognitiva y los proveedores de estructura influyen en los tres componentes del marco de estímulos.

Capacidad Cognitiva: es la capacidad de procesamiento de información del individuo.

Proveedores de Estructura: son los recursos disponibles para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos. Los que a su vez incluyen la educación, el apoyo social y la autoridad creíble (11).

El segundo apartado importante del modelo es la valoración de la incertidumbre, que se define como el proceso de asignar un valor al acontecimiento o situación incierta. Hay dos componentes de la valoración:

- La inferencia: Referida a la evaluación de la incertidumbre utilizando ejemplos relacionados, se construye a partir de las disposiciones de la personalidad, la experiencia general, los conocimientos y los indicios contextuales.
- La ilusión: Referida a la construcción de creencias formadas a partir de la incertidumbre que tienen una perspectiva positiva (11).

El resultado de la evaluación es la valoración de la incertidumbre como un peligro o una oportunidad (11).

El tercer componente del modelo está conformado por el afrontamiento de la incertidumbre e incluye al peligro, oportunidad, afrontamiento y la adaptación:

Peligro: Es la posibilidad de un resultado perjudicial.

Oportunidad: Es la posibilidad de un resultado positivo.

Afrontamiento de una valoración de peligro: Se define como actividades dirigidas a la incertidumbre y a la gestión de la emoción generada por la valoración del peligro.

Afrontamiento de una valoración de oportunidad: Se define como las actividades dirigidas a mantener la incertidumbre.

Adaptación: Comportamiento biopsicosocial que se produce dentro del rango de los comportamientos habituales de la persona, definida individualmente (11).

Como resultado deseado del esfuerzo de afrontamiento se logra la adaptación que representa la continuidad normal de la conducta biopsicosocial del individuo (47). Esta teoría de la incertidumbre en la enfermedad se aplica en 3 situaciones de la enfermedad: en el pre diagnóstico, el diagnóstico y el tratamiento (46).

Respecto a los eventos en la vivencia de una afección la incertidumbre presenta cuatro formas:

- a. Ambigüedad, relacionada con el estado de enfermedad.
- b. Complejidad, con relación al tratamiento y sistema de cuidado.
- c. Falta de información, acerca del diagnóstico y la seriedad de la enfermedad.
- d. Falta de predicción, sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico.

De esta forma cuando una persona es diagnosticada con DM2, esta noticia suele representar un conjunto de emociones como el estrés, la ansiedad y la incertidumbre, ya que esta enfermedad crónica supone cambios en el estilo de vida de la persona al tener que implementar nuevos hábitos alimenticios o de ejercicio constantes, los cuales deben estar acompañados con el constante monitoreo de los niveles de glucemia. Ante este contexto es inevitable la incertidumbre, identificado como el estado de incapacidad de dar sentido a los procesos o situaciones del estado de salud, por tanto, se ven imposibilitados de predecir resultados y optar por el manejo adecuado de la situación, posiblemente por la falta de información y conocimientos de la enfermedad (48).

Durante la exploración de la literatura, se descubrió el trabajo de Norton (1975), que identificó ocho dimensiones de la incertidumbre. Su trabajo, junto con el de Moos y Tsu (1977) formaron un marco que condujo al desarrollo de la Escala de Incertidumbre en la Enfermedad de Mishel, quien construyó su visión sobre la incertidumbre desde un estado cognitivo que una respuesta emocional.

3.2.7. Respuesta Adaptativa frente a la Enfermedad

La respuesta adaptativa frente a la enfermedad es el grado de adecuación psicosocial de la conducta, estado emocional y valoración del paciente con relación a su enfermedad, lo que permitirá identificar tempranamente hábitos no saludables y conductas de riesgo que puedan interferir con el adecuado cumplimiento del tratamiento y el control metabólico, para desarrollar, posteriormente estrategias certeras de intervención que permitan elevar la calidad de vida del paciente (32).

La conducta del paciente frente a su enfermedad implica un intento de concientización ante los síntomas, así como acerca de su capacidad para afrontarlos. Los procesos de evaluación y adaptación, así como las decisiones que de ellos se derivan, pueden estar condicionados por el nivel intelectual de cada paciente, así como por su comportamiento social y cultural. Por las características de la enfermedad y su tratamiento es frecuente encontrar pacientes que no se adaptan y que por tanto no aceptan su condición; mientras que hay otros pacientes que responden con una mejor respuesta hacia su enfermedad teniendo un mejor control metabólico y menor repercusión psicológica (49).

Por tanto, la respuesta adaptativa es el grado de adecuación psicosocial de la conducta, estado emocional y valoración del paciente con relación a su enfermedad, siendo este constructo compuesto por los siguientes factores:

- Confianza en el médico: Grado en el que el médico se configura como una fuente de apoyo y seguridad en tanto las creencias del paciente con relación a su enfermedad concuerdan con lo referido por él.
- Valoración de la severidad de la enfermedad: Grado en el que el paciente evalúa su enfermedad como algo serio y de consecuencias graves para su calidad de vida.
- Barreras para el cumplimiento de su tratamiento: El paciente valora los aspectos del tratamiento como negativos o difíciles de cumplir.
- Información: Nivel de conocimiento que posee el paciente o que busca acerca de la Diabetes.
- Conducta de salud: Representada por la conducta favorable que adopta el paciente al cumplimiento del tratamiento.

- Molestias asociadas a la enfermedad: Frecuencia de aparición e intensidad de los síntomas que implican mayor molestia para los pacientes diabéticos.
- Repercusión psicológica: Manifestada en el grado que la autoestima del paciente se ve afectada por sentimientos de minusvalía y vergüenza, que están relacionadas con la condición actual de su salud (50).

Y descrito por las siguientes dimensiones:

a. Percepción de la Severidad de la Enfermedad

Se refiere a cómo el paciente juzga su experiencia cuando inicia su enfermedad y durante, pero estas tienen influencia de sus creencias, los síntomas de su enfermedad y construcciones mentales preconcebidas. Es decir, que es la forma de comprensión por medio de representaciones mentales, además se considera como las creencias y los conocimientos que adquiere sobre los efectos de la enfermedad en su vida (51).

b. Barreras para el Cumplimiento del Tratamiento

Esta dimensión se refiere a aspectos del tratamiento o relacionados con él, que son valorados por el paciente como negativos y difíciles de cumplir. Las barreras por las que el paciente no cumple con su tratamiento son necesarias comprender y analizar sus causas con el fin de tener la posibilidad de actuar en estas y realizar actuaciones de forma individual para que mejore. Por lo tanto, es importante tomar en cuenta ciertos aspectos como: comprender a los pacientes cuando no tengan una adherencia a su tratamiento, sin juzgar o culpabilizarlo, realizar intervención personalizada para cada paciente y deben ser prácticas, establecer una buena relación profesional y paciente,

incorporar un equipo multidisciplinario para prevenir, detectar y abordar el incumplimiento del tratamiento y realizar un seguimiento (52).

c. Conducta de Salud

Esta dimensión se refiere al grado en que la conducta es favorable al cumplimiento del tratamiento. La conducta de salud se encuentra determinada por las elecciones que el paciente realiza frente a opciones saludables que se pueden presentar como oportunidades. Así mismo, la conducta de salud abarca hacer el esfuerzo personal para buscar estrategias que apoyen la adherencia a las instrucciones médicas, lo que indica que el paciente posee una participación constante y existe una implicación en el proceso de ajuste a la enfermedad (53).

d. Repercusión Psicológica

Esta dimensión se refiere al grado en que la autoestima del paciente se ve afectada por sentimientos de minusvalía y vergüenza relacionados con su condición. Las personas cuando son diagnosticadas con diabetes, van a recibir un impacto emocional, relacionado con el diagnóstico y en casos por su personalidad, sentimiento y emociones, lo cual podrá afectar en el control de la enfermedad, es por ello que es importante la prevención y su estudio a fin de identificar los síntomas que evidencia esta enfermedad y poder abordarlos de manera multidisciplinaria (54).

e. Molestias Asociadas a la Enfermedad

Esta dimensión se refiere a la frecuencia de aparición e intensidad de síntomas molestos de la enfermedad. Una de las complicaciones más frecuentes de la Diabetes Mellitus tipo II es la hipoglucemia, siendo una

complicación a corto plazo que se produce cuando los niveles de glucosa en sangre están por debajo de los valores normales, suele darse cuando el paciente se administra más insulina de la que debe, cuando no ha ingerido suficientes alimentos o cuando ha realizado un ejercicio intenso. Los síntomas de la hipoglucemia son temblores, náuseas, sudoraciones, mareos, confusión y pérdida de la memoria (55)

Según Pérez Martínez (32), los pacientes responden de tres maneras respecto a su enfermedad:

f. Respuesta Adaptativa Deficiente:

Cuando los pacientes reaccionan ante el diagnóstico con negación, enojo, hostilidad o depresión antes que aceptar el reto que implica el tratamiento al inicio de la enfermedad. Esta situación induce respuestas adaptativas, como la negación de la enfermedad, reduce la respuesta al estrés, y tiene un efecto negativo sobre la adquisición de conocimiento, habilidades y disciplinas para enfrentar la enfermedad. La consecuencia inmediata de la negación es la falta de adherencia al tratamiento, que da paso a un control metabólico deficiente (32).

g. Respuesta Adaptativa Mejorable:

Cuando los pacientes se encuentran en proceso de adaptación a los requerimientos que presume su enfermedad, tratando de poner voluntad y aceptando el tratamiento poco a poco (32).

h. Respuesta Adaptativa Satisfactoria:

Cuando los pacientes tienen mejor control de la enfermedad, al haber aceptado el tratamiento tienen mejor respuesta adaptativa y menor repercusión psicológica (32).

3.3. Rol de las Enfermeras en la Atención de Pacientes

El rol del especialista en enfermería depende de una multitud de factores, incluidos además del conocimiento y las habilidades clínicas, habilidades de liderazgo grupal, comunicación efectiva y capacidad de influir en los cambios, lo cual trae un efecto positivo en la calidad de la atención, el trabajo en equipo, la satisfacción y salud de los pacientes (56).

Las enfermeras forman parte del modelo la incertidumbre a la enfermedad, como la variable antecedente de proveedores de estructuras, ya que son profesionales de la salud los que apoyan la entrega de información como el principal método para ayudar a los pacientes a gestionar la incertidumbre, a través de la planificación de la entrega de información eficaz y de esta forma fomentar la adaptación positiva del paciente a la experiencia de la enfermedad (11).

Diabetes

De acuerdo al rol de la enfermería, se refiere a la orientación del autocuidado con cooperación y compromiso del paciente, entre los que se considera: prevención, promoción del autocuidado, detección temprana, asesoramiento de estilos de vida saludables, actividades en beneficio del paciente como monitorear la glucosa, administración adecuada de terapias orales e inyectables y el registro diario. Por lo tanto, la educación continua del paciente sobre los cuidados necesarios sobre la diabetes es importante, así como el incentivo a los pacientes para que sean los principales autores de su cuidado y mantengan su salud (57).

Las enfermeras se encargan de planificar, ejecutar las intervenciones en los pacientes diabéticos con los cuidados directos que se realizan en beneficio del paciente, estos aspectos son los llamados los diagnósticos y los indicadores por el médico. Las intervenciones se enfocan en el cuidado directo del paciente en caso

de incapacidad, como son las denominadas intervenciones prescritas por la enfermera y las prescritas por el médico, dichas intervenciones necesitan un juicio inteligente por el profesional de enfermería dado que es su responsabilidad ponerla en práctica (58).

Se establece el primer paso a la valorización del paciente, el cual consta en la recolección de datos de forma deliberada y sistemática para poder definir su estado de salud, con los datos se realiza el diagnóstico de enfermería donde se planifica e implementa las intervenciones adecuadas y luego se evalúa la efectividad (58).

Se lleva a cabo la anamnesis que evalúa la libreta de auto control donde se verifica el cumplimiento de la exploración física que consta de enfocar los signos y síntomas de la hipoglucemia prolongada, además de los factores físicos y emocionales que afectan la capacidad del paciente para realizar las actividades con el cuidado de su enfermedad, y brindar la educación diabetológica; así mismo, se entrevista al enfermero y se pregunta sobre los síntomas que proceden de la diabetes, posterior se mide la glucemia (58).

3.4.Covid-19

3.4.1. Definición

Según la OMS, el covid-19 es una enfermedad infecciosa que es causada por el virus SARS-CoV-2, este virus puede propagarse por partículas pequeñas líquidas emanadas desde la boca o nariz de la persona contagiada; es así que cuando una persona adquirió esta enfermedad pueden experimentar una enfermedad respiratoria de leve a moderada, en cuyos casos no es necesario un tratamiento especial; sin embargo, en personas mayores o con comorbilidad la enfermedad puede tornarse grave e incluso la persona puede llegar a morir (59).

3.4.2. Transmisión

La OMS señala que esta enfermedad se puede transmitir mediante gotículas respiratorias o aerosoles que expulsa la persona contagiada cuando estornuda, habla, canta o respira; ahora bien, el contagio se da principalmente cuando se tiene un contacto cercano con la persona que padece la enfermedad, pero también el contagio es posible en lugares mal ventilados en los que se pasa gran parte del tiempo, esto se debe a que los aerosoles pueden permanecer suspendidos en el aire y/o tienen la capacidad de viajar distancias superiores a un metro; asimismo se puede infectar por el contacto con superficies contaminadas y luego llevarse las manos a los ojos, nariz o boca (60).

3.4.3. Sintomatología

Según el Documento Técnico de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú, en la sintomatología se debe evaluar los antecedentes epistemológicos y características clínicas del paciente, así mismo se debe evaluar los siguientes signos y síntomas a fin de determinar la clasificación clínica:

- **Caso Leve**, este tipo de casos no requiere hospitalización, pero sí es recomendable el aislamiento domiciliario y el personal de salud debe realizar el seguimiento correspondiente; asimismo, se describen los siguiente síntomas y signos, tos malestar general, dolor de cabeza, dolor de garganta, fiebre y congestión nasal.
- **Caso Moderado**, en este tipo de casos es necesario la hospitalización, asimismo, se presentan los siguientes síntomas y signos: dificultad para respirar, esta es >22 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno

<95%, alteración del nivel de conciencia, hipotensión arterial o shock, signos clínicos y/o radiológicos de neumonía y un recuento linfocitario es menor de 1000 células/ μ L.

- **Caso Severo**, se encuentran personas con infección respiratoria aguda, que presenten los siguientes signos y síntomas, frecuencia respiratoria >22 respiraciones por minuto o PaCO₂<32 mmHg, alteración del nivel de conciencia, presión arterial sistólica menos a 100 mmHg o PAM<65mmHg, paO₂<60mmHg o PaFi<300, signos clínicos de fatiga muscular y lactático sérico>2mosm/L; en este tipo de casos se necesita hospitalización y la persona debe ser ingresada en el área de cuidados críticos (61).

De lo anterior, se puede entender que la labor de las enfermeras es esencial en el tratamiento a pacientes con enfermedades como el COVID19, son ellas quienes están más cerca del paciente, con un contacto más directo, y con una alta exposición al contagio; ello provoca que estén expuestas de manera permanente a riesgos físicos (56).

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. Antecedentes Internacionales

PISCITELLI T, DOS SANTOS L, ZINTL K, DOS SANTOS A (2021)
“Diabetes in the COVID-19 pandemic era”, BRASIL, investigación desarrollada en Brasil, donde concluyeron que por la preocupación del virus se dificulta el control glucémico en los pacientes, generando complicaciones metabólicas y vasculares; asimismo, la diabetes mellitus se encuentra relacionada al incremento de la gravedad y complicaciones de la COVID-19, por tanto, el pronóstico del COVID-19 empeora en estas personas (62).

GAXIOLA M, HERRERA JM, ÁLVAREZ A, RUIZ MJ. (2019) “Revisión del efecto de la incertidumbre en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2”, MÉXICO, fue un estudio desarrollado en México, donde concluyeron que el componente teórico y el apoyo social (21.7%) se relacionan con la incertidumbre y en mayor grado en las diferencias de tratamiento (43,5%); asimismo se pudo concluir que el efecto de la incertidumbre presenta pocos antecedentes por lo que se sugiere que en posteriores investigaciones se abarque dicha problemática (48).

QUIÑONES A, UGARTE C, CHÁVEZ C, MAÑALICH J (2018) “Variables psicológicas asociadas a adherencia, cronicidad y complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, CHILE, donde encontraron que la hemoglobina glicosilada se relaciona con la adherencia al tratamiento ($p < 0,01$); asimismo el daño renal y el pie diabético se relacionó con las variables psicológicas de perfil temporal negativo ($p < 0,05$) y el locus de control externo del tipo “otros poderosos” ($p < 0,05$) (63).

4.2. Antecedentes Nacionales

MAMANI Y. HUANCAYO (2022) “Relación entre diabetes mellitus y COVID-19 en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca – 2020” concluyó que los pacientes diabéticos que se contagiaron con COVID-19 tuvieron mayores complicaciones en el sistema de salud además que la confluencia de diabetes mellitus y el COVID-19 presentan un mayor peligro para el desarrollo de neumonía severa relacionada a la población adulta mayor, elevando la mortalidad en los pacientes (64).

DE LOS SANTOS RY. LIMA (2019) “Relación del apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana” encontraron que el

apoyo social percibido se relaciona de manera significativa e inversa con la ansiedad rasgo ($\rho = -.173^{**}$; $p < 0.05$) y de forma similar el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento ($\rho = .224^{**}$; $p < 0.05$), lo cual indica cuando se tiene un escaso apoyo social percibido se tendrá altos niveles de ansiedad rasgo (65).

RAMOS FA. LIMA (2018) “Automanejo en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II en el servicio de medicina en el consultorio Médicos Dr. Aliaga Lima- Perú, 2018” se encontró que la mayoría de los adultos evaluados presentaba un nivel regular de automanejo (70%) seguido por el nivel adecuado (18%) y el nivel deficiente (12%); respecto a la dimensión de conocimiento se pudo determinar que la mayoría tiene un nivel deficiente de automanejo (55%), en la dimensión de adherencia la mayoría obtuvo un nivel regular de automanejo (61%) (66).

IBARRA, J (2020). “Manejo de la diabetes mellitus en tiempos de COVID-19” concluyeron que según los reportes de pacientes con diabetes mellitus presentan mayor riesgo de evolución desfavorable, complicaciones y aumento en la tasa de mortalidad, se debe tener medidas para manejar COVID-19 porque se presenta pacientes de alto riesgo (67).

4.3. Antecedentes Locales

VERA JH. (2022) “Factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con diabetes tipo 2 diagnosticados de COVID-19 en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2021-Arequipa”, hallaron una relación significativa entre mortalidad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que fueron diagnosticados con COVID-19 y edad, terapia hipoglicemiante,

evolución de diabetes y comorbilidades como presencia obesidad, hipertensión arterial y patología cardiaca (68).

CHILI IN LN. (2019) “Estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento de la persona con diabetes mellitus tipo 2 - Hospital III Goyeneche. Arequipa 2019” encontraron que la mayoría de evaluados, representado por el 57,1%, no era adherente a su tratamiento; así también, en las dimensiones se encontró que el 50,9% si seguía su dieta y el 58% seguía el control de su salud; por último, se pudo determinar que existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento (69).

CALDERÓN KA. (2018) “Nivel de autocuidado del adulto mayor que padece diabetes mellitus tipo II atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017” encontró que la mayoría presenta un nivel medio de autocuidado (53%), seguido por el nivel alto (28%) y el nivel bajo (19%); en cuanto a las dimensiones de autocuidado en la dieta, la mayoría puntuó alto en el nivel medio, de igual forma en la dimensión de higiene (53%) y en la dimensión de control de la salud (61%) (70).

5. HIPÓTESIS

Dado que la incertidumbre es la incapacidad para determinar eventos relacionados con la diabetes mellitus tipo 2 y la respuesta adaptativa es el grado de adecuación psicosocial de la conducta.

Es probable que, exista una relación significativa entre el nivel de incertidumbre y la respuesta adaptativa en adultos mayores con diabetes Tipo II en tiempos de Covid-19 en el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa, 2022.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. Técnicas

La técnica a utilizar fue la encuesta, el cual emplea un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación, por donde se recoge y analiza una serie de datos (71). Para la presente investigación se utilizó un cuestionario para cada variable.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Escala de Incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel, versión comunitaria (MUIS-C)

La Escala de Incertidumbre frente a la enfermedad, versión comunitaria MUIS-C por su sigla en inglés (Mishel Uncertainty of Illness Scale – community form), mide la incertidumbre en situaciones específicas de enfermedad, para pacientes que acuden de forma ambulatoria al centro sanitario, la cual omite aquellos ítems referentes a la hospitalización. Esta escala está compuesta por 17 ítems, distribuidos en 5 dimensiones:

Incertidumbre frente a los síntomas, Incertidumbre frente al diagnóstico, Incertidumbre frente al tratamiento, Incertidumbre frente al pronóstico, Incertidumbre frente a los proveedores de estructura (72).

Las opciones de respuesta miden el nivel de acuerdo con la afirmación, utilizando una escala Likert:

- 1: No estoy de acuerdo en absoluto
- 2: No estoy muy seguro
- 3: Indeciso

4: De acuerdo

5: Completamente de acuerdo

Calificación del Instrumento

El valor mínimo para cada ítem es 1 y el máximo es 5, teniendo un puntaje mínimo de 17 y máximo de 85.

Se obtiene el resultado total de la escala sumando la puntuación de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor nivel de incertidumbre.

Baremo

Categoría	Puntaje
Bajo nivel de incertidumbre	17-39 puntos
Moderado nivel de incertidumbre	40-62 puntos
Alto nivel de incertidumbre	63-85 puntos

Validez y confiabilidad

La MUIS-C ha demostrado ser un instrumento fiable y válido para la medición de la incertidumbre en diferentes poblaciones de pacientes, especialmente para pacientes con atención ambulatoria. La fiabilidad de la MUIS-C se sitúa en un rango de mediano a alto ($\alpha = 0,74-0,92$) según el reporte de 20 estudios diferentes en todo el mundo (72).

La validación del instrumento adaptado se realizó mediante la validez del constructo, hallando medidas de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin de 0.89, en cuanto a la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvo resultados significativos ($p < 0.001$), así se comprobó relaciones significativas entre atributos, dando posibilidad al análisis factorial confirmatorio, el cual corroboró dos factores explicativos de un 60% de la varianza total en

pacientes. Los valores de fiabilidad mediante el alfa de Cronbach fueron de 0.912-0.938 y procedimiento de dos mitades 0.901-0.933 (73).

En nuestro contexto esta versión fue utilizada en el 2018 por Calvo (74) obteniendo un Alfa de Cronbach de 0.730 confirmando la confiabilidad del instrumento.

1.2.2. Cuestionario de respuesta adaptativa de Portilla et al. (1995)

Fue desarrollado en Cuba por Lilia Portilla del Cañal y Armando Seuc Jo. Este cuestionario determina los diversos estilos y formas de respuestas que las personas usan para enfrentar su enfermedad. Se puede aplicar de forma individual y colectiva. No tiene tiempo límite de aplicación (30 minutos aproximadamente) (75).

La prueba está compuesta por 31 ítems distribuidas en 5 dimensiones:

- Percepción de la Severidad de la Enfermedad: Ítems 1, 2, 3, 4, 5,6
- Barreras para el Cumplimiento del Tratamiento: Ítems 7, 8,9,10,11,12,13
- Conducta de Salud: Ítems 14,15,16,17,18,19
- Repercusión Psicológica: Ítems 20,21,22,23, 24,25
- Molestias Asociadas a la Enfermedad: Ítems 26,27,28,29,30,31.

Baremo

Se tiene en cuenta los siguientes parámetros de calificación:

Respuesta Adaptativa Global	Puntaje
Deficiente	Igual o menor de 40 puntos
Mejorable	41 y 67 puntos
Satisfactoria	68 y 80 puntos

Y para cada dimensión se tendrá en cuenta lo siguientes baremos:

Dimensión		Puntaje
Percepción de la Severidad de la Enfermedad	Deficiente	0 -3 puntos
	Mejorable	4 -7 puntos
	Satisfactoria	8 – 10 puntos
Barreras para el Cumplimiento del tratamiento	Deficiente	0 -5 puntos
	Mejorable	6 -11 puntos
	Satisfactoria	12 – 17 puntos
Conducta de Salud Significado	Deficiente	0 -3 puntos
	Mejorable	4 – 7 puntos
	Satisfactoria	8 -11 puntos
Repercusión Psicológica	Deficiente	0 -5 puntos
	Mejorable	6-11 puntos
	Satisfactoria	12-17 puntos
Molestias Asociadas a la Enfermedad	Deficiente	0-3 puntos
	Mejorable	4-7 puntos
	Satisfactoria	8-10 puntos

Validez y confiabilidad:

Según las investigaciones de Lacomba et al. (75) realizaron análisis factoriales exploratorios (AFE) por el método de componentes principales, donde la solución correspondió a un único factor que explicó un 24.26% de la varianza. De acuerdo, a los análisis de fiabilidad, siguiendo los resultados obtenidos en el AFE, se analizó la fiabilidad en una dimensión global, que denominaron adaptación general obteniendo un coeficiente aceptable ($\alpha=0,77$). Mientras que, en el análisis de elementos, se sugirió que no era necesario eliminar ningún ítem para que la escala mejore su fiabilidad.

En Perú, mediante el estudio de Flores y Valencia (76), donde mediante una prueba piloto con 15 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II se

calculó una correlación mediante rangos de Spearman obteniendo un indicador de $r=0.65$ siendo una correlación significativa; asimismo, cada factor fue medido obteniendo una correlación significativa.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, ubicado en Calle Venezuela MZ 22- LOTE-1 distrito de José Luis Bustamante y Rivero. Se escogió este Centro de Salud por la factibilidad de trabajo y presencia de pacientes con diabetes.

2.2. Ubicación Temporal

El desarrollo de la investigación en su totalidad tuvo una duración aproximada de cuatro meses, entre Junio 2022 y Setiembre 2022.

2.3. Unidad de Estudio

La unidad de estudio estuvo conformada por todos los adultos mayores de 60 años con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa Arequipa, 2022.

2.3.1. Universo

La población de estudio estuvo compuesta por 50 pacientes, que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 60 años de edad, que acudían al Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- Pacientes que aceptaron participar de la investigación.

Criterios de exclusión

- Pacientes con edad menor a 60 años

- Pacientes sin diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- Pacientes que no desearon participar de la investigación.

3. ESTRATEGÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Envío de solicitud de carta de presentación a la Sra. Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María para él envío de una carta de presentación.
- Coordinación con la Dra. Sonia Díaz, jefa del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, para el otorgamiento de autorización para realizar la investigación. Así como la realización de gestiones necesarias con la asistente social del centro de salud a fin de que se proporcione la información necesaria para realizar el estudio.
- Aplicación de instrumentos con previa coordinación con el personal que atiende a los pacientes diabéticos en el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa. En las sesiones con cada paciente se estableció un clima de cordialidad seguridad y confianza a fin de obtener información clara, precisa y confiable. Los instrumentos de recolección de la información se aplicaron en el momento en que el paciente esperaba su turno en sala para ingresar a la consulta médica, previo consentimiento informado.
- Se efectuó el análisis estadístico correspondiente, para realizar su interpretación y con esta elaborar las conclusiones, sugerencias y discusión de la investigación.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

- La investigadora: Shirley Lissett Molina Rondón

- Asesor de investigación designado por la Facultad de Enfermería
- Pacientes mayores con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa
- Apoyo estadístico

3.2.2. Recursos Materiales

- Escala de Incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel, versión comunitaria (MUIS-C)
- Cuestionario de respuesta adaptativa de Portilla
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Físicos

- Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa
- Universidad Católica de Santa María

3.2.4. Recursos Financieros

- Autofinanciado por la investigadora



**CAPITULO III:
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS**

TABLA N° 1

ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

SEGÚN EDAD

Edad (años)	N°.	%
60 a 70	23	46,0
71 a 80	19	38,0
81 a 90	8	16,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaborado por la investigadora

En la Tabla N° 1 muestra la distribución de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 según su edad. Se divide en tres grupos de edad: 60 a 70 años, 71 a 80 años y 81 a 90 años.

Se observa que el grupo de edad más numeroso es el de 60 a 70 años, representando el 46% del total de adultos mayores con diabetes. El siguiente grupo más grande es el de 71 a 80 años, que comprende el 38% de la muestra. Por último, el grupo de 81 a 90 años es el más pequeño, con un 16% de los adultos mayores con diabetes

De lo que se deduce es que la mayoría de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 pertenecen al grupo de edad de 60 a 70 años, seguido por el grupo de 71 a 80 años. Esto sugiere que la incidencia de esta enfermedad tiende a ser más común en adultos mayores de mediana edad y mayores. Además, el grupo de 81 a 90 años representa la menor proporción de adultos mayores con diabetes, lo que indica que la prevalencia de la enfermedad puede disminuir en edades más avanzadas.

Esta información es relevante para la planificación y el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento de la diabetes en adultos mayores. Al tener en cuenta la distribución por edades, se pueden diseñar programas de atención médica y educación adaptados a las necesidades específicas de cada grupo de edad. Además, también es importante considerar los posibles desafíos asociados con la edad, como la presencia de comorbilidades y la capacidad de autocuidado, al proporcionar atención integral a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

TABLA N° 2
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
SEGÚN GENERO

Genero	N°.	%
Masculino	15	30,0
Femenino	35	70,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaborado por la investigadora

En la Tabla N°2 se muestra la distribución de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 según el género. Los resultados indican que el 70% de los adultos mayores con esta enfermedad son del género femenino, mientras que el 30% son del género masculino.

De lo que se deduce es que en el grupo de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, existe una mayor proporción de mujeres en comparación con los hombres. Esto implica que las mujeres son más susceptibles a desarrollar esta enfermedad en esta etapa de la vida. Estos resultados respaldan la evidencia previa que indica que el género femenino tiene un mayor riesgo de padecer diabetes tipo 2 en general.

Es importante tener en cuenta esta diferencia de género al abordar la prevención y el manejo de la diabetes en la población de adultos mayores. Se pueden diseñar estrategias específicas dirigidas a las mujeres para promover la conciencia, el diagnóstico temprano, el control de la enfermedad y la adopción de estilos de vida saludables.

Además, este hallazgo puede tener implicaciones en la atención médica y el seguimiento de los pacientes. Los proveedores de atención médica deben estar conscientes de esta mayor prevalencia en mujeres y adaptar su enfoque de tratamiento, brindando una atención individualizada y considerando posibles factores de riesgo adicionales o necesidades específicas asociadas con el género.

TABLA N° 3
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
SEGÚN EL ESTADO CIVIL

Estado Civil	N°.	%
Soltero(a)	4	8,0
Casado(a)	28	56,0
Viudo(a)	12	24,0
Divorciado(a)	6	12,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaborado por la investigadora

En la Tabla N°3, se puede observar que en el grupo de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, la mayoría de ellos se encuentra casados, representando el 56% del total. Por otro lado, se identifica que un 24% son viudos, un 12% están divorciados y solo un 8% son solteros. Estos resultados indican que el estado civil predominante en esta población es el matrimonio, seguido de viudos, divorciados y solteros en menor proporción

De lo que se deduce es que la condición de estar casado/a es la más común entre los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Esto puede deberse a diferentes factores, como el hecho de que el matrimonio brinde apoyo emocional y social, lo cual puede tener un impacto positivo en el manejo de la enfermedad. Además, es posible que las personas casadas tengan una mayor estabilidad y recursos para hacer frente a los desafíos asociados con la diabetes. Por otro lado, se observa que un porcentaje significativo de la muestra son viudos/as, lo que podría indicar que la pérdida de la pareja podría influir en la salud y el bienestar de estas personas. En general, estos hallazgos resaltan la importancia de considerar el estado civil como un factor relevante al abordar las necesidades y el cuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

TABLA N° 4
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de instrucción	N°.	%
Sin estudios	5	10,0
Primaria	13	26,0
Secundaria	20	40,0
Superior	12	24,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaborado por la investigadora

En la Tabla N° 4 se muestra la distribución de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 según su grado de instrucción. Se observa que el 40% de los adultos mayores tienen educación secundaria, seguido de un 26% que ha completado la educación primaria. Además, se destaca que el 24% de los adultos mayores tienen educación superior y el 10% no ha tenido estudios formales.

De lo que se deduce es que entre los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, se observa una distribución variada en cuanto a su nivel de instrucción. Aproximadamente el 40% de los adultos mayores tienen educación secundaria, lo que indica que la mayoría ha completado al menos la educación básica. Un porcentaje significativo, aunque menor, tiene educación superior, lo que implica que algunos adultos mayores han obtenido un nivel educativo más avanzado. Por otro lado, un número menor de adultos mayores tienen educación primaria, lo que sugiere que han completado la educación básica pero no han continuado con estudios secundarios o superiores. Además, un pequeño porcentaje no ha tenido estudios formales.

TABLA N° 5
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
SEGÚN OCUPACIÓN

Ocupación	N°.	%
Trabaja	18	36,0
No trabaja	24	48,0
Jubilado	8	16,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaborado por la investigadora

En la Tabla N°5 se observa que, el 48% de los adultos mayores no trabaja, lo que puede deberse a diversos factores como la jubilación, la incapacidad laboral o la elección personal de no trabajar en la edad adulta mayor. Además, el 36% de los adultos mayores todavía trabaja, lo que indica que continúan participando activamente en la fuerza laboral a pesar de tener la condición de diabetes y el 16% de los adultos mayores en la muestra se encuentra jubilado.

Se deduce que la ocupación de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 puede tener un impacto significativo en su manejo de la enfermedad. Aquellos que no trabajan, ya sea debido a la jubilación o a la falta de empleo, pueden tener más tiempo y flexibilidad para dedicarse al autocuidado y adoptar hábitos saludables. Por otro lado, los adultos mayores que todavía trabajan pueden enfrentar desafíos adicionales para manejar su diabetes debido a las responsabilidades laborales y la posible falta de tiempo.

TABLA N° 6
ADULTOS MAYORES SEGÚN TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE
DIABETES TIPO 2

Tiempo Dx	N°.	%
6 meses a < 1 año	7	14,0
1 año a 5 años	21	42,0
10 años a mas	22	44,0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaborado por la investigadora

En la Tabla N°6 se muestra la distribución de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 según el tiempo transcurrido desde su diagnóstico. Los resultados indican que el 14% de los participantes han sido diagnosticados en un período de 6 meses a menos de 1 año, mientras que el 42% ha vivido con la enfermedad durante 1 año a 5 años. Por otro lado, el 44% de los adultos mayores ha sido diagnosticado con diabetes tipo 2 durante 10 años o más.

Se deduce que existe una variabilidad en el tiempo de diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 entre los adultos mayores. Un porcentaje significativo (44%) ha vivido con la enfermedad durante 10 años o más, lo que sugiere una mayor experiencia y posiblemente una mayor familiaridad con el manejo de la diabetes. Por otro lado, un 42% de los adultos mayores fueron diagnosticados en un período de 1 año a 5 años, lo que indica una etapa intermedia de adaptación y aprendizaje sobre la enfermedad. Por último, un 14% ha sido diagnosticado en un intervalo de 6 meses a menos de 1 año, lo que indica una fase más reciente de la enfermedad y posiblemente una necesidad de mayor apoyo y educación.

TABLA N° 7
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
SEGÚN EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE

Incertidumbre	N°.	%
Bajo	36	72,0
Moderado	14	28,0
Alto	0	0,0
TOTAL	50	100

Fuente: Calvo, 2018.

En la Tabla N°7 se muestra la distribución de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 según su nivel de incertidumbre. Se observa que el 72% de los adultos mayores presenta un nivel de incertidumbre bajo, mientras que el 28% tiene un nivel de incertidumbre moderado. No se registra ningún caso de nivel de incertidumbre alto en la muestra analizada..

Se deduce que la mayoría de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en la muestra tienen un nivel de incertidumbre bajo en relación con su enfermedad. Esto puede indicar que estos individuos poseen un mayor grado de conocimiento, comprensión y confianza en el manejo de su condición. Es probable que cuenten con una adecuada educación sobre la diabetes y estén siguiendo las recomendaciones médicas y adoptando hábitos saludables para el control de su enfermedad.

Por otro lado, se observa que un porcentaje menor de adultos mayores muestra un nivel de incertidumbre moderado. Esto podría indicar que algunos de ellos aún tienen dudas o inseguridades en relación con su enfermedad y requieren un mayor apoyo, información y orientación para mejorar su manejo y control de la diabetes.

TABLA N° 8
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN LA
RESPUESTA ADAPTATIVA GLOBAL

Rpta. Adaptativa global	N°.	%
Deficiente	0	0,0
Mejorable	24	48,0
Satisfactoria	26	52,0
TOTAL	50	100

Fuente: Portilla, 1995.

En la Tabla N°8 se observa que la mayoría de los adultos mayores mostraron una respuesta adaptativa global considerada como satisfactoria, con un porcentaje del 52%, también se identificó que un porcentaje del 48% de los adultos mayores presentó una respuesta adaptativa global que podría ser mejorada.

Se deduce que en la muestra de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, ningún participante presentó una respuesta adaptativa global catalogada como deficiente. Esto indica que, en general, los adultos mayores están logrando adaptarse de manera aceptable a su condición y están implementando estrategias de cuidado y manejo de la diabetes.

Además, se observa que la mayoría de los adultos mayores (52%) mostraron una respuesta adaptativa global satisfactoria, lo que sugiere que están experimentando un nivel adecuado de adaptación y están llevando a cabo acciones efectivas para controlar su enfermedad.

Sin embargo, también se identificó que un porcentaje considerable de los adultos mayores (48%) presentó una respuesta adaptativa global que podría ser mejorada. Esto indica que algunos participantes podrían beneficiarse de un mayor apoyo, educación o recursos para fortalecer su capacidad de adaptación y mejorar su manejo de la diabetes.

TABLA N°9
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN
LOS INDICADORES DE LA RESPUESTA ADAPTATIVA GLOBAL

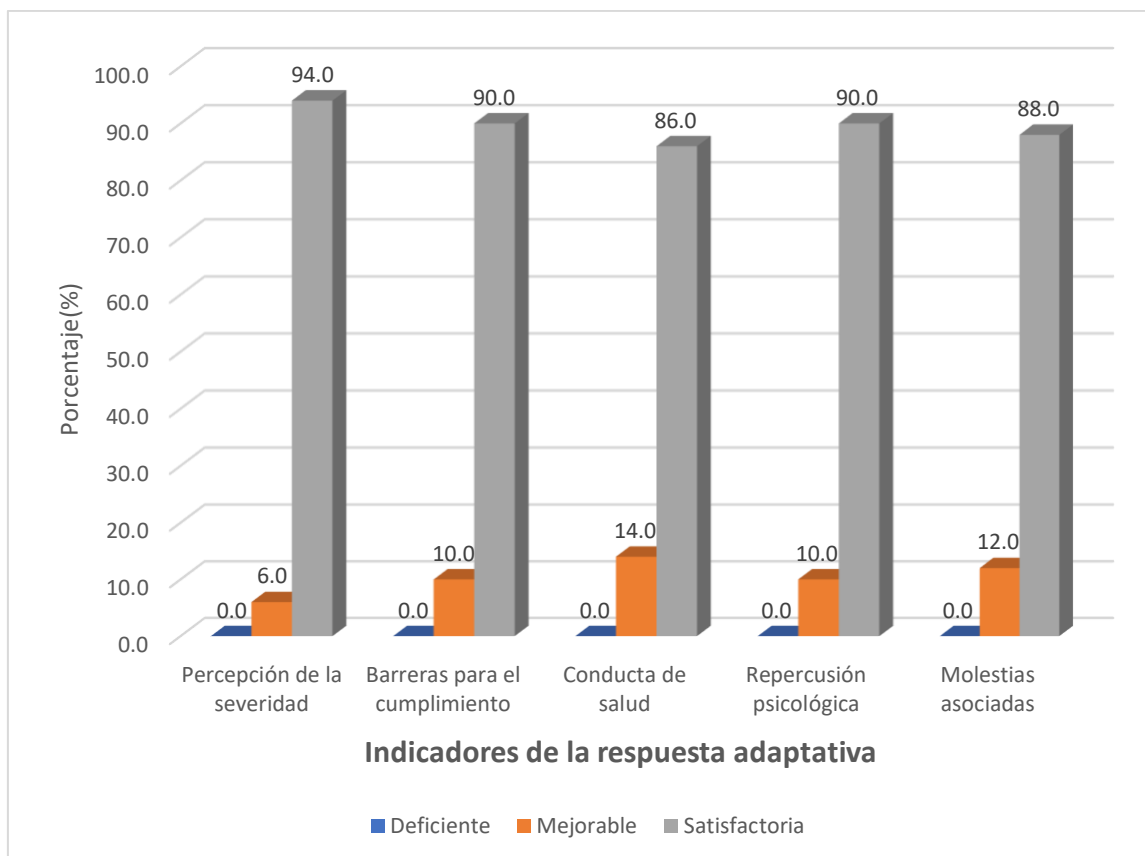
Nivel	Indicadores	Percepción de la severidad		Barreras para el cumplimiento		Conducta de salud		Repercusión psicológica		Molestias asociadas	
		N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Deficiente		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mejorable		26	52,0	24	48,0	18	36,0	22	44,0	25	50,0
Satisfactoria		24	48,0	26	52,0	32	64,0	28	56,0	25	50,0
TOTAL		50	100	50	100	50	100	50	100	50	100

Fuente: Portilla, 1995

En la Tabla N° 9 se muestra que el 52.0% de los adultos mayores presentan percepción de la severidad mejorable, el 52.0% tienen barreras para el cumplimiento satisfactoria, el 64.0% presentaron conducta de salud satisfactoria, el 56.0% presentaron repercusión psicológica satisfactoria y el 50.0% presentaron molestias asociadas satisfactorias.

Se deduce que los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 tienen una barrera para el cumplimiento y una conducta de salud que se pueden mejorar. También enfrentan percepción de la severidad, repercusiones psicológicas y molestias asociadas a la enfermedad. Estos hallazgos resaltan la importancia de implementar intervenciones para mejorar la percepción, la conducta de salud y abordar las barreras y repercusiones psicológicas y físicas en esta población de adultos mayores con diabetes.

GRÁFICO N° 9
INDICADORES DE LA RESPUESTA ADAPTATIVA FRENTE A DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES



Fuente: Portilla, 1995.

TABLA N° 10
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA PERCEPCIÓN
DE LA SEVERIDAD FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN
ADULTOS MAYORES

Percepción de la severidad Nivel	Incertidumbre						TOTAL	
	Bajo		Moderado		Alto		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Deficiente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mejorable	12	24,0	14	28,0	0	0,0	26	52,0
Satisfactoria	24	48,0	0	0,0	0	0,0	24	48,0
TOTAL	36	72,0	14	28,0	0	0,0	50	100

Fuente: Portilla, 1995.

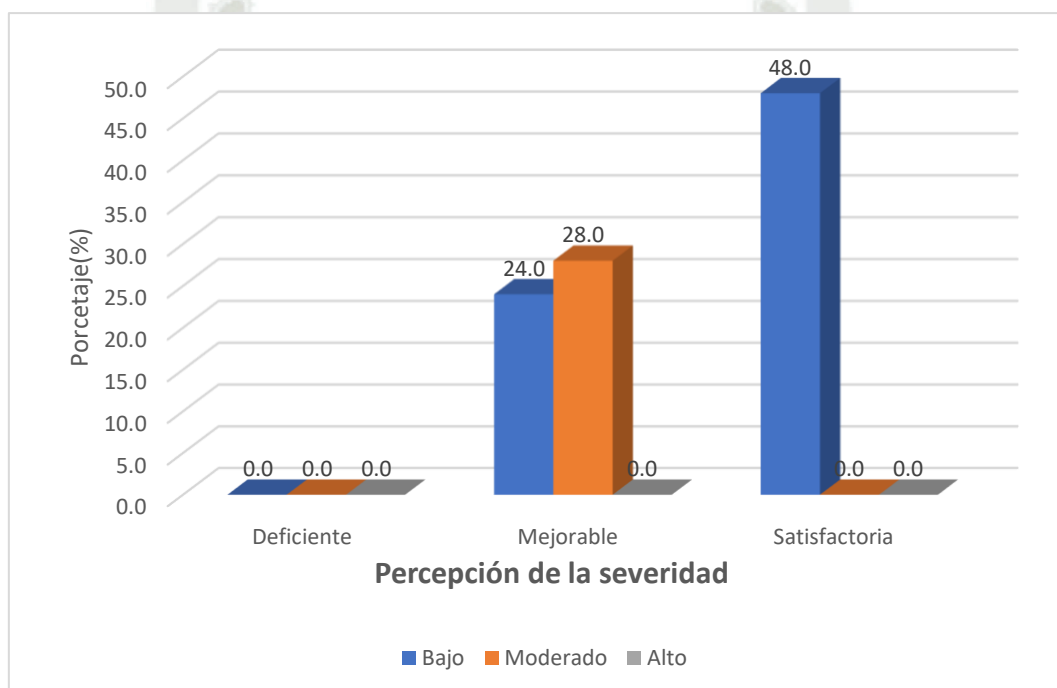
$$X^2=17.94 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

En la Tabla N°10 se observa que no hubo participantes que consideraran la percepción de la severidad como "Deficiente" ni que calificaran la incertidumbre como "Alta". En cambio, la mayoría de los participantes (48%) percibieron la severidad como "Satisfactoria" y la mayoría (72%) consideraron la incertidumbre como "Baja".

De lo que se deduce que, la percepción de la severidad de una enfermedad puede influir en las actitudes y comportamientos de las personas hacia el manejo de su salud. En este caso, los adultos mayores que percibieron una severidad satisfactoria podrían estar más motivados a adoptar medidas de autocuidado, seguir las recomendaciones médicas y buscar un adecuado control de la enfermedad. El bajo nivel de incertidumbre puede indicar un mayor conocimiento y comprensión de la diabetes mellitus tipo 2 por parte de los adultos mayores. Esto puede ser resultado de una educación adecuada sobre la enfermedad, el acceso a información confiable y el apoyo de profesionales de la salud.

Se realizó un análisis estadístico utilizando el test chi-cuadrado (X^2). El valor de X^2 obtenido fue de 17.94, y el valor de p fue menor a 0.05 ($p = 0.00$). Esto indica que existe una relación significativa entre el nivel de incertidumbre y la percepción de la severidad frente a la diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores.

GRÁFICO N° 10
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA PERCEPCIÓN
DE LA SEVERIDAD FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN
ADULTOS MAYORES



Fuente: Portilla, 1995.

TABLA N° 11
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LAS BARRERAS
PARA EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FRENTE A DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES

Nivel \ Barreras	Incertidumbre						TOTAL	
	Bajo		Moderado		Alto		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Deficiente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mejorable	11	22,0	13	26,0	0	0,0	24	48,0
Satisfactoria	25	50,0	1	2,0	0	0,0	26	52,0
TOTAL	36	72,0	14	28,0	0	0,0	50	100

Fuente: Portilla, 1995.

$$X^2=15.67 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

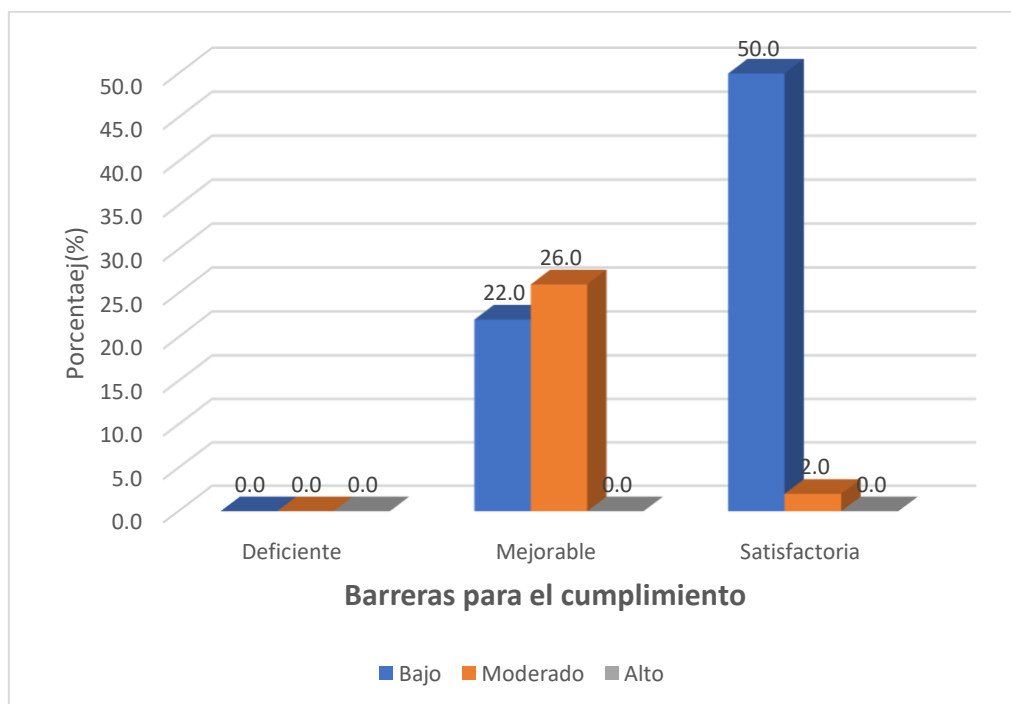
En la Tabla N° 11 se observa que el 72% de los participantes tuvo un nivel bajo de incertidumbre, mientras que el 28% tuvo un nivel moderado. No se registró ningún adulto mayor con un nivel alto de incertidumbre.

Lo que permite afirmar que la mitad de los adultos mayores que tuvieron bajo nivel de incertidumbre tienen barreras para el cumplimiento del tratamiento satisfactorias frente a la enfermedad.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=15.67$) muestran que existe una asociación significativa entre estas dos variables, con un valor de p inferior a 0.05.

Se deduce que en el grupo de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio, la mayoría de ellos presentó un bajo nivel de incertidumbre y no experimentó barreras significativas para el cumplimiento del tratamiento. Esto sugiere que en general, se sienten seguros y confiados en relación con el manejo de su enfermedad y tienen la capacidad de seguir las recomendaciones y pautas de tratamiento de manera adecuada.

GRÁFICO N° 11
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LAS BARRERAS
PARA EL CUMPLIMIENTO FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN
ADULTOS MAYORES



Fuente: Portiila, 1995.

TABLA N° 12

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA CONDUCTA DE SALUD FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES

Conducta de salud \ Nivel	Incertidumbre						TOTAL	
	Bajo		Moderado		Alto		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Deficiente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mejorable	4	8,0	14	28,0	0	0,0	18	36,0
Satisfactoria	32	64,0	0	0,0	0	0,0	32	64,0
TOTAL	36	72,0	14	28,0	0	0,0	50	100

Fuente: Portilla, 1995.

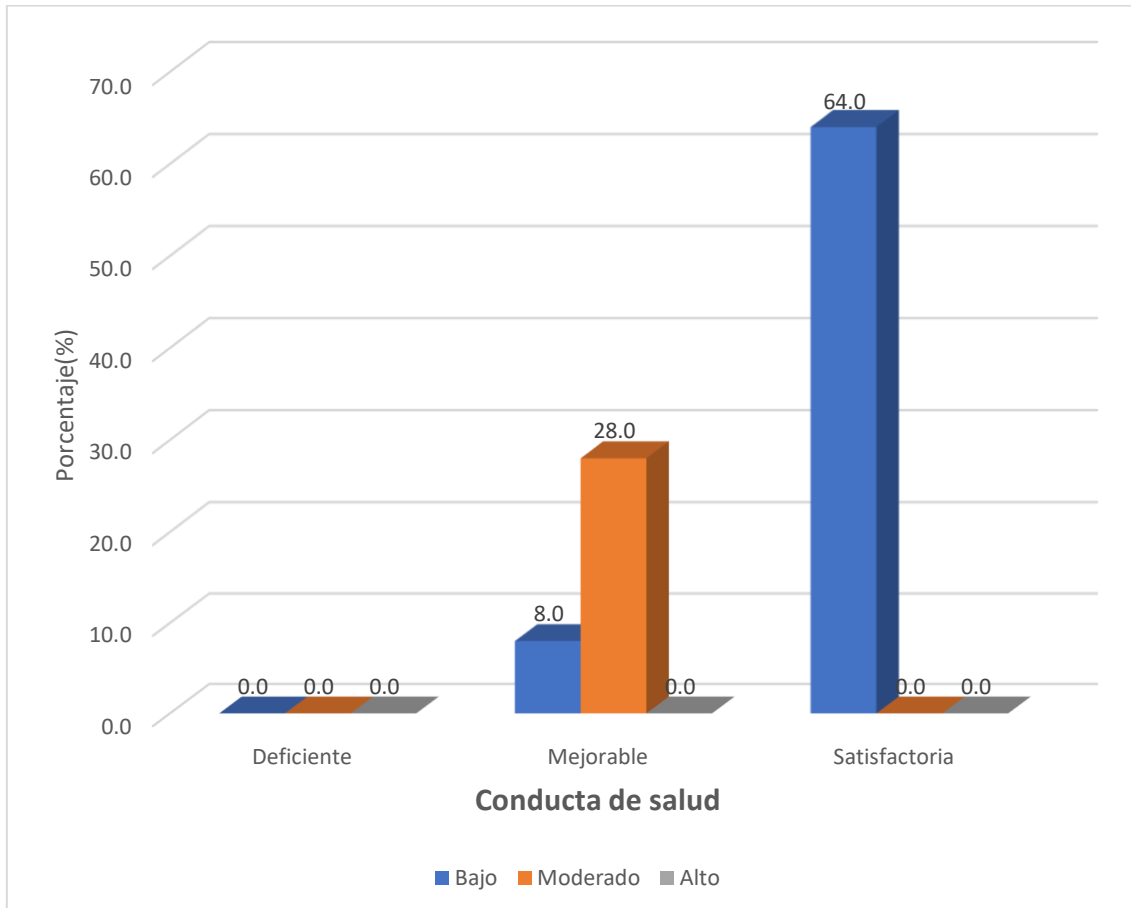
$$X^2=34.56 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

En la Tabla N° 12 se observa que la mayoría de los adultos mayores (72%) presentaron un nivel bajo de incertidumbre y una conducta de salud satisfactoria. Esto indica que tienen una buena adherencia a las medidas de autocuidado y siguen las recomendaciones para el manejo de su enfermedad. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=34.56$) muestra que el nivel de incertidumbre y la conducta de salud presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Esto sugiere que la incertidumbre puede ser un factor que influye en la forma en que los adultos mayores manejan su enfermedad y se cuidan a sí mismos. Aquellos con un nivel bajo de incertidumbre son más propensos a tener una conducta de salud satisfactoria, mientras que aquellos con un nivel moderado o alto de incertidumbre pueden enfrentar mayores dificultades para mantener una conducta de salud adecuada. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar la incertidumbre en el manejo de la diabetes tipo 2 en adultos mayores. Proporcionar información clara y comprensible sobre la enfermedad, brindar apoyo emocional y ofrecer estrategias prácticas para el autocuidado pueden ser medidas beneficiosas para reducir la incertidumbre y promover una conducta de salud satisfactoria en esta población.

GRÁFICO N° 12

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA CONDUCTA DE SALUD FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES



Fuente: Portilla, 1995.

TABLA N° 13
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA REPERCUSIÓN
PSICOLÓGICA FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS
MAYORES

Repercusión psicológica Nivel	Incertidumbre						TOTAL	
	Bajo		Moderado		Alto			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Deficiente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mejorable	8	16,0	14	28,0	0	0,0	22	44,0
Satisfactoria	28	56,0	0	0,0	0	0,0	28	56,0
TOTAL	36	72,0	14	28,0	0	0,0	50	100

Fuente: Portilla, 1995.

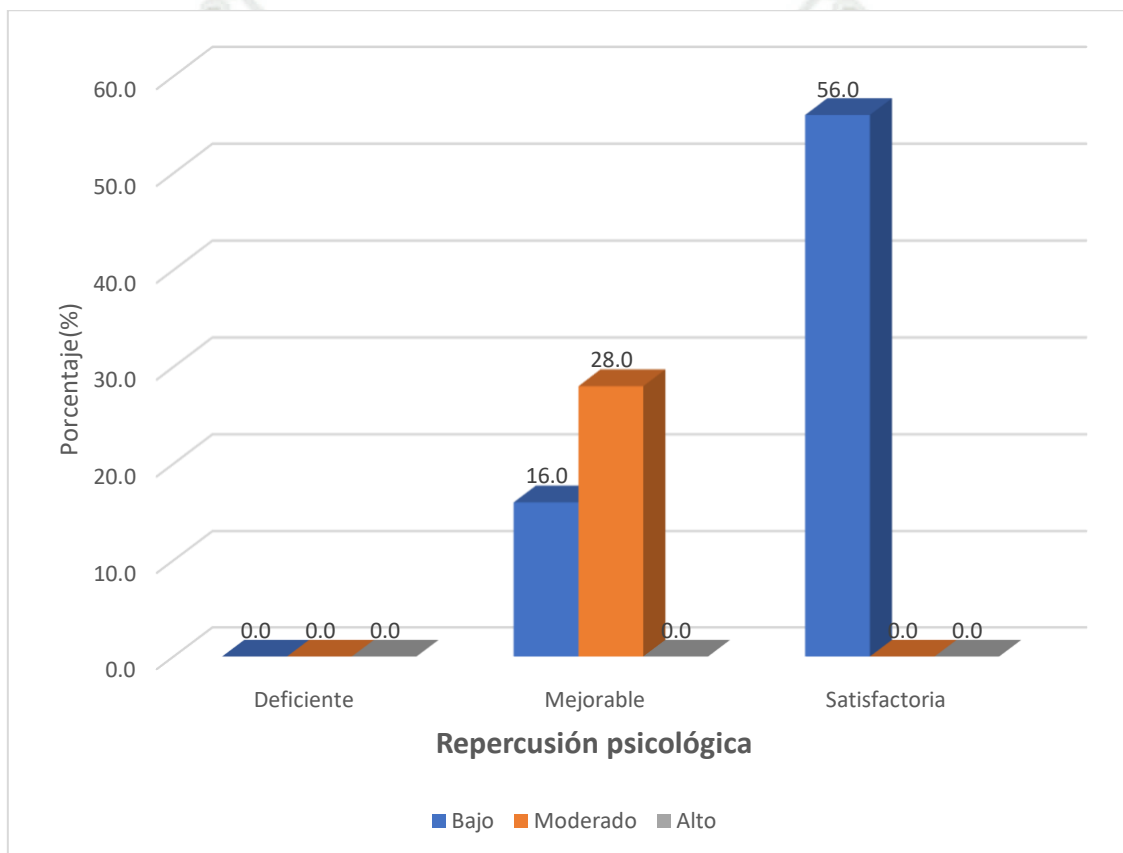
$$X^2=24.74 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

En la Tabla N°13 se muestra que el 56.0% de los adultos mayores presentan un nivel bajo de incertidumbre y tienen una repercusión psicológica satisfactoria, mientras que el 28.0% de los adultos mayores con incertidumbre moderada presentan repercusión psicológica mejorable. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=24.74$) muestra que el nivel de incertidumbre y la repercusión psicológica presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Se deduce que existe una relación significativa entre el nivel de incertidumbre y la repercusión psicológica en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados muestran que a medida que aumenta el nivel de incertidumbre, también aumenta la probabilidad de experimentar una repercusión psicológica asociada a la enfermedad.

Esto indica que la incertidumbre puede tener un impacto negativo en el bienestar psicológico de los adultos mayores con diabetes tipo 2. Aquellos con un nivel bajo de incertidumbre tienen menos probabilidad de experimentar repercusiones psicológicas, mientras que aquellos con un nivel moderado o alto de incertidumbre pueden estar más propensos a experimentar angustia emocional, ansiedad u otros efectos psicológicos negativos.

GRÁFICO N°13
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA REPERCUSIÓN
PSICOLÓGICA FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS
MAYORES



Fuente: Portilla, 1995.

TABLA N°14

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LAS MOLESTIAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES

Molestias Nivel	Incertidumbre						TOTAL	
	Bajo		Moderado		Alto		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Deficiente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mejorable	11	22,0	14	28,0	0	0,0	25	50,0
Satisfactoria	25	50,0	0	0,0	0	0,0	25	50,0
TOTAL	36	72,0	14	28,0	0	0,0	50	100

Fuente: Portilla, 1995.

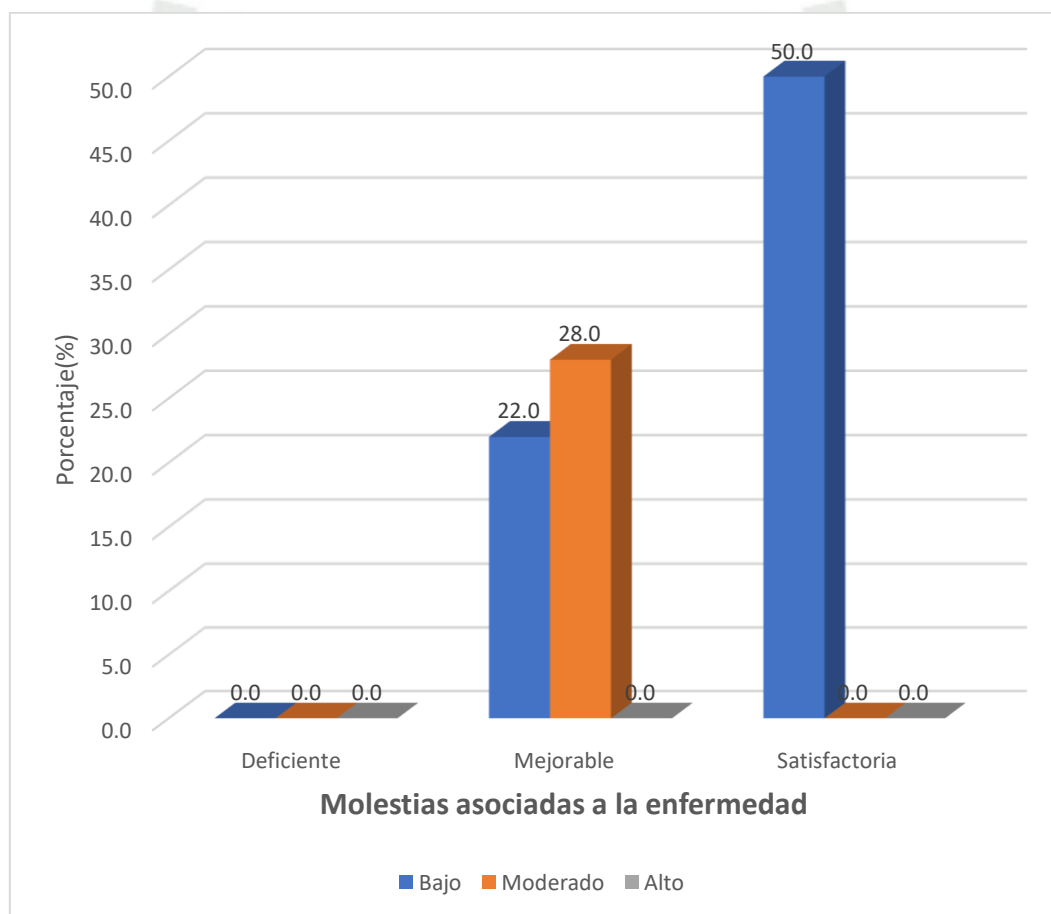
$$X^2=19.44 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

En la Tabla N° 14 se observa que el 50.0% de los adultos mayores presentan un nivel bajo de incertidumbre y tienen nivel satisfactorio de molestias asociadas a la enfermedad, mientras que el 28.0% de los adultos mayores con incertidumbre moderada presentan también molestias asociadas a la enfermedad mejorable.

Se deduce que un menor nivel de incertidumbre se relaciona con una menor presencia de molestias asociadas a la enfermedad en adultos mayores con diabetes tipo 2. Esto destaca la importancia de abordar la incertidumbre y brindar un adecuado soporte educativo y de cuidado para mejorar la calidad de vida de estos individuos y reducir las molestias relacionadas con la enfermedad.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=19.44$) muestra que el nivel de incertidumbre y las molestias asociadas a la enfermedad presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

GRÁFICO N° 14
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LAS MOLESTIAS
ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO
2 EN ADULTOS MAYORES



Fuente: Portilla, 1995.

TABLA N° 15
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA RESPUESTA
ADAPTATIVA FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS
MAYORES

Nivel	RAG		Incertidumbre				TOTAL	
	Bajo		Moderado		Alto			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Deficiente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mejorable	16	32,0	8	16,0	0	0,0	24	48,0
Satisfactoria	20	40,0	6	12,0	0	0,0	26	52,0
TOTAL	36	72,0	14	28,0	0	0,0	50	100

*Fuente: Elaborado por la investigadora. * RAG= Respuesta adaptativa global*

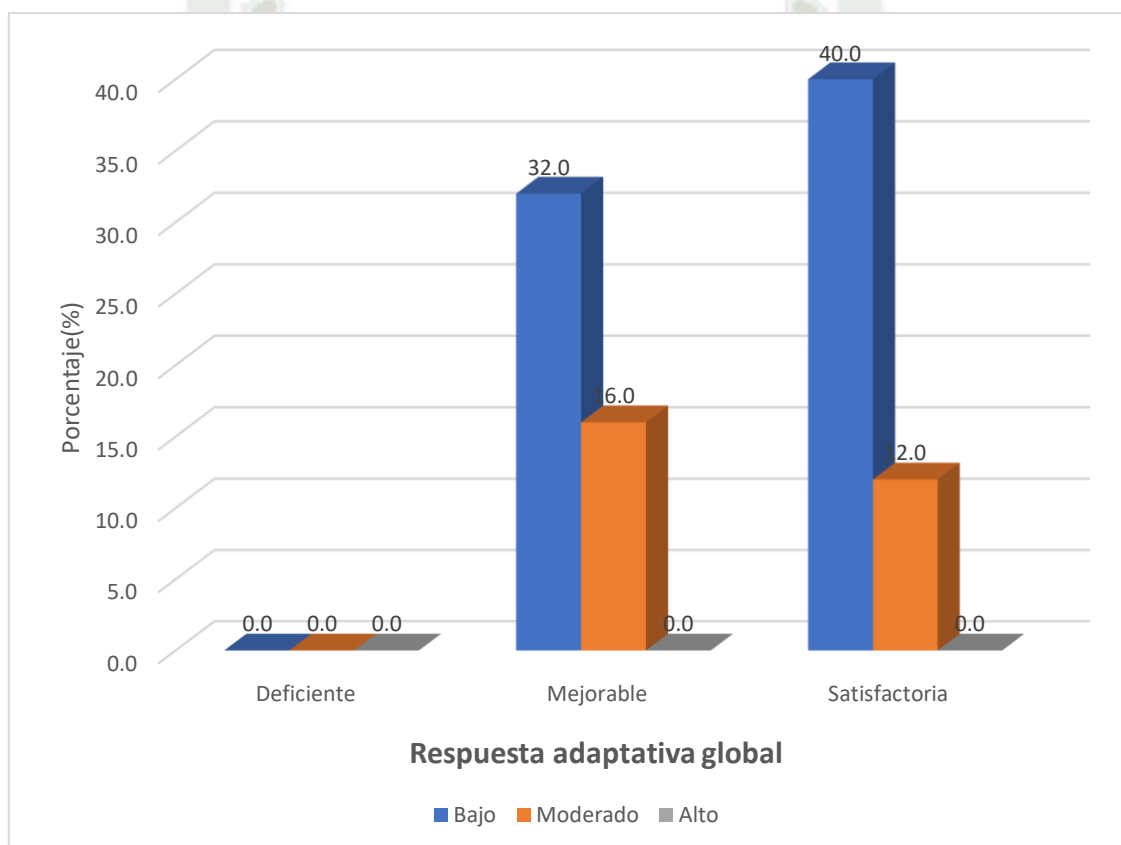
$$X^2=0.65 \quad P>0.05 \quad P=0.42$$

En la Tabla N°15 se muestra que el 40.0% de los adultos mayores presentan un nivel bajo de incertidumbre tienen una respuesta adaptativa global satisfactoria, mientras que el 16.0% de los adultos mayores con incertidumbre moderada presentan respuesta adaptativa global mejorable frente a la enfermedad.

Se deduce que el 40.0% de los adultos mayores con un nivel bajo de incertidumbre tienen una respuesta adaptativa global satisfactoria. Esto sugiere que estos individuos están mejor preparados para afrontar y adaptarse a los desafíos de la enfermedad. Es probable que tengan un mayor conocimiento sobre la diabetes, sigan adecuadamente su tratamiento, realicen cambios en su estilo de vida y mantengan una actitud positiva hacia su autocuidado.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.65$) muestra que el nivel de incertidumbre y la respuesta adaptativa no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

GRÁFICO N° 15
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA RESPUESTA
ADAPTATIVA FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS
MAYORES



Fuente: Elaborado por la investigadora

CONCLUSIONES

PRIMERA: Casi tres cuartas partes de los adultos mayores del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa presentan un nivel bajo de incertidumbre frente a Diabetes Mellitus Tipo 2, mientras poco más de la cuarta parte presentan nivel moderado de incertidumbre.

SEGUNDA: Poco más de la mitad de los adultos mayores del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa presentan respuesta adaptativa satisfactoria frente a Diabetes Mellitus Tipo 2, seguido de casi la mitad con respuesta adaptativa mejorable.

TERCERA: El nivel de incertidumbre y la respuesta adaptativa no presentan relación estadística significativa. Mientras que los indicadores de la respuesta adaptativa sí tienen relación estadística significativa con el nivel de incertidumbre. Más de un tercio de los adultos mayores que presentan un nivel bajo de incertidumbre tienen una respuesta adaptativa global satisfactoria, mientras que cerca de la quinta parte de los adultos mayores con incertidumbre moderada presentan respuesta adaptativa global mejorable.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda a la directora del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, organizar un plan de intervención para los pacientes con niveles moderados de incertidumbre frente a la Diabetes Mellitus Tipo 2, para disminuir los síntomas y obtengan estrategias de afrontamiento para que mejoren su calidad de vida.

SEGUNDA: Se recomienda a la directora del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, realizar talleres junto al personal de enfermería, con el fin de mejorar su respuesta adaptativa mediante la obtención de conocimientos sobre su enfermedad, los beneficios de su tratamiento, promoción del autocuidado y mantener un control diario de su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Martínez B, Vega Falcón V, Gómez Martínez N, Elizabeth Vilema Vizúete G. Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores. *Universidad y Sociedad* [Internet]. 2020 Jul-Ago; 12(4): p. 156-164.
2. Tan SY, Wong JL, Sim YJ, Wong SS, Elhassan SA, Tan SH, et al. Type 1 and 2 diabetes mellitus: A review on current treatment approach and gene therapy as potential intervention. *Diabetes & metabolic syndrome: clinical research & reviews* [Internet]. 2019 Ene-Feb; 13(1): p. 364-372.
3. Paz J. Manejo de la diabetes mellitus en tiempos de COVID-19. *Acta medica peruana* [Internet]. 2020; 37(2): p. 176-185.
4. International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes de la FID [Internet]. FID. 2019; 9: p. 37, 99 Y 169.
5. Gaxiola-Flores M, Herrera-Paredes JM, Álvarez-Aguirre A, Ruiz-Recendiz MdJ. Revisión del efecto de la incertidumbre en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* [Internet]. 2019; 27(2).
6. Maldonado Muñiz , Arana Gómez B, Cárdenas Becerril , Solano Solano. Estilo de vida de ancianos que viven con diabetes y caracterización de diagnósticos de enfermería. *Texto Contexto Enfermagem.* 2019; 28.

7. Barría Ruiz SRJ, Leiva Caro JA. Relación entre dependencia, salud cognitiva y síntomas depresivos con adherencia farmacológica en adultos mayores diabéticos. Gerokomos [Internet]. 2019 mar; 30(1).
8. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud: Diabetes. [Online].; 2021 [cited 2022 noviembre 2021]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). El 39,9% de peruanos de 15 y más años de edad tiene al menos una comorbilidad. [Online].; 2021 [cited 2022 Febrero 18]. Available from: [https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202020%2C%20el%204%2C5%25%20de%20la,inferior%20\(1%2C9%25\)](https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202020%2C%20el%204%2C5%25%20de%20la,inferior%20(1%2C9%25)).
10. Huamán Macha V, Herrera Pandal A, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y la mortalidad en adultos mayores con enfermedad cardiovascular. Horizonte Médico [Internet]. 2020 Julio-Setiembre; 20(3).
11. Clayton M, Dean M, Mishel M. Theories of Uncertainty in Illness. In Smith MJ LP. Middle Range Theory for Nursing. 4th ed. New York: Springer Publishing Company; 2018. p. 49-82.
12. Loor M, Figueroa F, Quijije M, Intriago K. Contribuciones medicas para prevenir la Diabetes Mellitus tipo II. Universidad Ciencia y Tecnología [Internet]. 2019; 23(95): p. 52-58.

13. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [Online].; 2021 [cited 2022 enero 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
14. Vintimilla P, Giler Y, Motoche K, Ortega J. Diabetes Mellitus Tipo 2: Incidencias, Complicaciones y Tratamientos Actuales. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento [Internet]. 2019; 3(1): p. 26-37.
15. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Diabetes. [Online].; 2021 [cited 2022 setiembre 06]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm>.
16. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2022 [cited 2022 diciembre 16]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
17. Federación Española de Diabetes; Boehringer Ingelheim; Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Diabetes Mellitus Tipo 2. [Online]. [cited 2022 diciembre 19]. Available from: <https://www.farmaceticos.com/wp-content/uploads/2020/12/2020-infografia-diabetes-mellitus-tipo2.pdf>.
18. North Carolina Diabetes Advisory Council. Guía de Carolina del Norte para la prevención y el Manejo de la Diabetes. ; 2020.
19. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; International Diabetes Federation. Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D) Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020.

20. Soto A. El rol del tamizaje para diagnóstico y tratamiento oportunos: una aproximación basada en la evidencia. Academia Nacional de Medicina-Anales [Internet]. 2019;; p. 332-337.
21. Aguilar C. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes [Internet]. 2019.
22. Carrillo-Larco R, Bernabé-Ortiz A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2019; 36(1).
23. Torres R, Acosta M, Rodríguez D, Barrera M. Complicaciones agudas de la diabetes tipo 2. RECIMUNDO [Internet]. 2020 Mar; 4(1): p. 46-57.
24. Brustsaert E. Manual MSD Versión para profesionales. [Online].; 2022 [cited 2022 julio 20. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-y-trastornos-del-metabolismo-de-los-hidratos-de-carbono/diabetes-mellitus-dm>.
25. Pérez P, Carrasco F, Carretero J, Gómerz R. Resolviendo una de las piezas del puzle: COVID-19 y diabetes tipo 2. Revista Clínica Española [Internet]. 2020; 220(8).
26. Limaña C, Roemro R, Mercadal G, Blasco I. Control glucémico en el paciente anciano con diabetes mellitus tipo 2 tratado con antidiabéticos. Revista de la OFIL [Internet]. 2022; 32(1): p. 29-33.

27. Álvarez M, Álvarez C, Gómez A. Evaluación de supervivencia en el adulto mayor con diabetes mellitus de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica. *Aten Fam.* 2022; 29(3): p. 154-159.
28. Gómez O, Sanz N, Álvarez Á, García J. Abordaje integral del paciente con DM2 en enfermería y medicina España: Fundación redGDPS; 2021.
29. Huaman S, Lázaro Y. Nivel de satisfacción sobre el cuidado que brinda la enfermera al adulto mayor en un hospital Regional de Huancayo 2020. [Tesis de Licenciatura]. Huancayo: Universidad Roosevelt; 2020.
30. Reyes R. Adulto Mayor significado. [Online].; 2018 [cited 2022 mayo 27. Available from: <http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/>.
31. Diario El Peruano. Ley N° 30490 Ley de la persona Adulta Mayor. 2018 Setiembre 12..
32. Rosas Matías J, Villanueva Bejarano , Pantani Romero F, Lozano Vargas , Ticse Aguirre R. Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2019; 82(3).
33. Leitón Z, Villanueva M, Fajaardo E. Relación entre variables demograficas y practicas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. *Revista Salud Uninorte* [Internet]. 2018; 34(2).
34. Belaunde A, Lluís G, Valladares D, Marcheco O. Diagnóstico del síndrome de fragilidad. *Arch Hosp Univ "Gen Calixto García"* [Internet]. 2022; 10(1): p. 20-32.

35. Blanco J. Estudio del perfil clínico y neuropsicológico del síndrome de fragilidad. [Tesis Doctoral]. A Coruña: Universidade Da Coruña; 2021.
36. Chuquipoma L, Lama J, De la Cruz J. Factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores que acuden a consulta externa de Geriatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima-Perú. Acta Médica Peruana [Internet]. 2020; 37(1): p. 267-273.
37. Hernández F, Álvarez M, Martínez G, Junco V, Valdés I, Hidalgo M. Polifarmacia en el anciano. Rev. Médica Electrónica [Internet]. 2018; 40(6): p. 2053-2070.
38. Jurado M, Santibañez R, Palacios M, Moreno D, Peñaherrera C, Duarte M, et al. Deterioro Cognitivo en Pacientes Diabéticos de 55 a 65 Años de Edad. Reporte Final de Estudio Observacional, Transversal en la Ciudad de Guayaquil. Revista Ecuatoriana de Neurología [Internet]. 2018; 27(1): p. 41-50.
39. Peterman F, Troncoso C, Martínez M, Leiva A, Ramírez R, Poblete F, et al. Asociación entre diabetes mellitus tipo 2, historia familiar de diabetes y deterioro cognitivo en adultos mayores chilenos. Rev Med Chile [Internet]. 2018 May; 146: p. 872-881.
40. Solis E, Valadez N, García M, Vera L, Castillo D, Maldonado N, et al. Disminución del puntaje de riesgo de caída a través de una intervención fisioterapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Revista Biomédica [Internet]. 2022 May; 33(3): p. 88-95.
41. Ponciano S, Arrieta A, Chacón B. Asistencia Sanitaria en el hogar y prevención de complicaciones en adultos mayores con diabetes Mellitus Tipo 2, Essalud

- Colquijirca-2022. [Tesis de Segunda Especialidad]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2022.
42. Escalada J. Pié diabético. [Online].; 2020 [cited 2022 setiembre 9. Available from: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pie-diabetico#:~:text=El%20pie%20diab%C3%A9tico%20aparece%20cuando,complicaciones%20a%20medio%20largo%20plazo.>
43. Álvarez H, Torres F, León V. Protocolo de enfermería para la atención de adulto mayor con diabetes: Pie diabético. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2018; 2(2).
44. Ministerio de la Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultos mayores. [Online].; 2018 [cited 2022 setiembre 9. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>.
45. Reglamento de la Ley N° 30490. Ley de la Persona Adulta Mayor. [Online].; 2018 [cited 2022 setiembre 9. Available from: <https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0037/ley-reglamento-persona-adulta.pdf>.
46. Clavo S. Factores socio-económicos y nivel de incertidumbre en adultos con tratamiento ambulatorio de hemodialisis de una clinica privada desde la Teoría de Mishel. [Tesis de Licenciatura]. Chiclayo: Universidad Católica Santo toribio de Mogrovejo; 2018.
47. Bailey DE, Stewart JL. Merle H. Mishel: Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. In Raile M. Modelos y teorías en enfermería.; 2018. p. 447-462.

48. Gaxiola M, Herrera JM, Álvarez A, Ruiz MdJ. Revisión del efecto de la incertidumbre en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2. Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro [Internet]. 2019; 27(2).
49. García Ortiz , Casanova Expósito , Raymond Álamo. Estrés, apoyo social y representación de la enfermedad en pacientes. Revista Cubana de Endocrinología [Internet]. 2020; 31(1).
50. Hernández V, Vásquez C, Valdez L. Estudio socioeducativo sobre la revisión de la salud mental en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud [Internet]. 2020; 9(17).
51. Gajardo C. Alfabetización Alimentaria, autoeficacia, percepción de severidad de la enfermedad y su asociación con la adherencia a la dieta y normoglicemia en usuarios con Diabetes Mellitus Tipo II de un Centro de Salud Familiar. [Tesis de Maestría]. Concepción: Universidad de Concepción; 2020.
52. Talens A. Adherencia terapéutica. Atención farmacéutica a pacientes externos [Internet]. 2020.
53. Correa Y. Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, 2018. [Tesis de Licenciatura]. Jaén: Universidad nacional de Cajamarca; 2017.
54. Cabrera A, Porras M. El impacto emocional de pacientes diabético relacionador con el manejo de enfermedad: una aproximación bibliográfica. [Tesis de Licenciatura]. Ambato: Universidad Tecnológica Indoamericana; 2020.

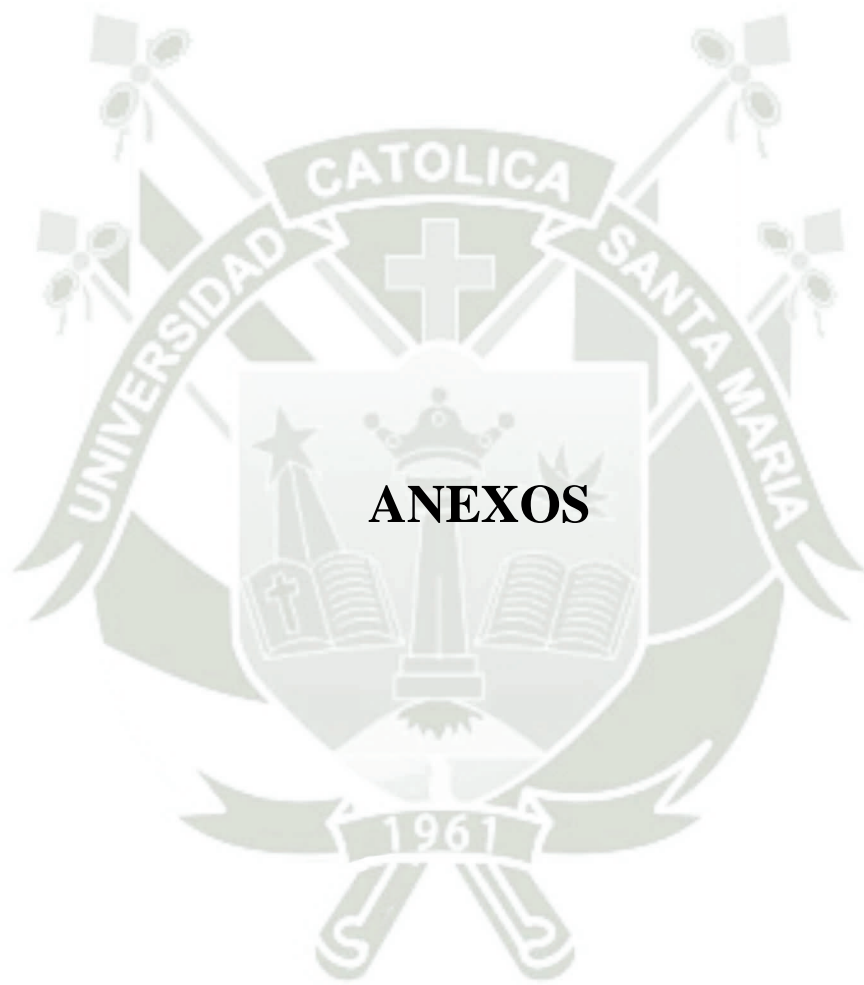
55. Bilbao-Cercós A BNDPMMMCIASJPGV. El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátricos. *Clínica y Salud*. 2014 Marzo; 25(1).
56. Acosta AD. Competencias emocionales para el bienestar laboral y el desempeño de enfermeras en la atención a pacientes con COVID19. *Revista Cubana de Enfermería [Internet]*. 2020; 36.
57. Zambrano E, Lucas G. El rol de la enfermería en el autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Higié de la Salud [Internet]*. 2022 Jun; 6(1).
58. Jiménez, S.; Contreras, F; Fouillioux, C, Bolívar, A; Ortiz, H. Intervención de enfermería en el cuidado del paciente diabético. *Revista de la Facultad de Medicina [Internet]*. 2001; 24(1).
59. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus. [Online].; 2020 [cited 2023 marzo 09]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
60. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la transmisión de la COVID-19. [Online].; 2021 [cited 2023 marzo 10]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=VcCeUzYHp7c>.
61. Ministerio de Salud. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú. ; 2020.
62. Piscitelli T, Dos Santos L, Zintl K, Dos Santos A. Diabetes in the COVID-19 pandemic era. *Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]*. 2021; 67(1): p. 157-162.

63. Quiñones Á, Ugarte C, Chávez C, Mañalich J. Variables psicológicas asociadas a adherencia, cronicidad y complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista médica de Chile* [Internet]. 2018; 146(10).
64. Mamani T. Relación entre diabetes mellitus y COVID-19 en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca - 2020. [Tesis de Licenciatura]. Huancayo: Universidad Continental; 2022.
65. De los Santos R. Relación del apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana. [Tesis Licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Union; 2019.
66. Ramos FA. Automanejo en adultos mayores con diabetes mellitus tipo ii en el servicio de medicina en el consultorios Médicos Dr. Aliaga Lima- Perú, 2018. [Tesis de licenciatura]. Lima: Unviersidad César Vallejo; 2018.
67. Ibarra J. Manejo de la diabetes mellitus en tiempos de COVID-19. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2020 Junio; 37(2).
68. Barreto A. Factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con diabetes tipo 2 diagnosticados de COVID-19 en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2021-Arequipa. [Tesis de Licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 22022.
69. Chili IN, Pacheco LN. Estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento de la persona con diabetes mellitus tipo 2 - Hospital III Goyeneche. Arequipa 2019. [Tesis de licenciatura]. Arequipa: Unviersidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019.

70. Calderon KA. Nivel de autocuidado del adulto mayor que padece diabetes mellitus tipo II atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017. [Tesis de licenciatura]. Arequipa: Unviersidad Alas Peruanas; 2018.
71. Gonzalo M, Abiuso F. La técnica de encuesta: Características y aplicaciones; 2019.
72. Chuquin J. Nivel de incertidumbre en pcientes ingresados en el servicio demedicina interna del Hospital Esmeraldas Sur,2019. [Tesis de Licenciatura]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2019.
73. Brito P, García E, Fernández D, García A, Fernández R, Burillo G. Validación de la Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad en pacientes y acompañantes que acuden a un servicio de urgencias. Emergencias [Internet]. 2018; 30: p. 105-114.
74. Calvo S. Factores cosio-economicos y nivel de incertidumbre en adultos con tratamiento ambulatorio de hemodiálisis de una Clinica Privada desde la Teoria de Mishel, Chiclayo 2017. [Tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2018.
75. Lacomba L, Valero S, Casaña S, Prado V, Pérez M, Montoya I. Cuestionario de adaptación a la diabetes-mellitus tipo I en pediatría: relación con la psicopatología. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2018; 26(e3088).
76. Flores D, A V. Capacidad de autocuidado y respuesta adaptativa en adultos con diabetes mellitus tipo II del programa de pacientes diabéticos Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa-2014. [Tesis de Licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2014.

77. Lima, Marcos; Carrera, Carlos; Madera, Marialaura; Marín, Waleskha; Contreras, Miguel. COVID-19 y diabetes mellitus: una relación bidireccional. España.; 2020.
78. González A, Rodríguez L, Barreda C, Castro D, Montaña C. Diabetes mellitus y COVID-19: fisiopatología y propuesta de tratamiento para el control glucémico en el tiempo de la pandemia. Iatreia [Internet]. 2021 Mayo; 34(2).





Anexo 1.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO
DE INVESTIGACIÓN**

Yo.....
Identificado(a) con DNI..... y con
Domicilio..... habiéndome
explicado en lenguaje, claro y sencillo sobre el proyecto de investigación

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y LA RESPUESTA
ADAPTATIVA FRENTE A DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS
MAYORES DEL CENTRO DE SALUD VÍCTOR RAÚL HINOJOSA DE SIMÓN
BOLÍVAR EN TIEMPOS DE COVID-19, AREQUIPA, 2022**

Acepto participar en la investigación que publicara los resultados guardando reserva a mi
identidad. Habiéndome informado de todo lo anteriormente señalado y estando en pleno
uso de mis facultades mentales, es que firmo el presente documento.

Arequipa dede 2022

Firma:

DNI:

Anexo 2.**CUESTIONARIOS DE INCERTIDUMBRE Y RESPUESTA ADAPTATIVA FRENTE A
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD
VICTOR RAÚL HINOJOSA EN TIEMPOS DE COVID-19, AREQUIPA, 2022**

Estimado (a) señor (a) el presente cuestionario tiene por objetivo identificar el nivel de incertidumbre y respuesta adaptativa frente a su diabetes mellitus tipo 2 y servirá para la mejora continua de la calidad de atención.

A.-Datos Sociodemográficos:

1. Edad: _____ años
2. Sexo
 - a) Masculino ()
 - b) Femenino ()
3. **Estado Civil**
 - a) Soltero ()
 - b) Casado ()
 - c) Viudo ()
 - d) Divorciado ()
4. **Grado de instrucción**
 - a) Sin estudios ()
 - b) Primaria ()
 - c) Secundaria ()
 - d) Superior. ()
5. **Ocupación**
 - a) Trabaja ()
 - b) No Trabaja ()
 - c) Jubilado ()
6. **Tiempo de diagnóstico de Diabetes tipo 2:**
 - a) < 6 meses
 - b) < 1 año
 - c) 5 años
 - d) 10 años a más

Anexo 3.

ESCALA DE MISHEL INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD

Marque con una X las siguientes premisas:

N°	PREMISAS	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	No estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo en absoluto
1	Tengo muchas preguntas sin respuestas					
2	No sé con seguridad si mi enfermedad va mejor o peor					
3	Me preocupa tener dolores o síntomas desagradables					
4	Las explicaciones que me dan sobre mi enfermedad me parecen confusas.					
5	Entiendo para que y porque estoy recibiendo este tratamiento.					
6	Mis síntomas continúan cambiando de un día para otro					
7	Los médicos me dicen cosas que se pueden interpretar de diferentes maneras					
8	Mi tratamiento es demasiado complicado para entenderlo					
9	Es difícil saber si el tratamiento que hago mejora mi enfermedad.					
10	No puedo hacer planes para el futuro porque no sé cómo evolucionará mi enfermedad.					
11	Mi enfermedad cambia por momentos, tengo días buenos y días malos.					
12	Me han dado opiniones diferentes sobre mi enfermedad					
13	Desde que tengo esta enfermedad, no sé lo que me va a pasar					
14	Los resultados de las pruebas se contradicen					

15	Debido a mi tratamiento no sé cómo estaré mañana, ni lo que podré hacer.					
16	El tratamiento que recibo está demostrado que funciona.					
17	Los médicos y enfermeras utilizan un lenguaje sencillo para que pueda entender lo que están diciendo					



Anexo 4.

CUESTIONARIO DE RESPUESTA ADAPTATIVA

Instrucciones: A continuación, aparecen preguntas relacionadas con la forma en la que Ud. piensa y actúa con relación a la Diabetes Mellitus Tipo 2. Por favor, marque con una “X” la respuesta que exprese mejor su opinión. Sólo deberá marcar una respuesta a cada pregunta.

1. Me siento preocupado(a) por las consecuencias que pueda tener para mi ser diabético:

Sí. No. No pienso en eso.

2. Considero a la diabetes como una enfermedad:

Muy grave.

Grave.

Ni mucho ni poco.

Nada grave.

No pienso en eso

3. Creo que un futuro no muy lejano, empezarán a surgir complicaciones de la enfermedad:

Sí. Solo si no me cuido.

4. Me asusta el hecho de padecer diabetes:

No. Un poco. Sí.

5. Creo que a un diabético le esperan graves consecuencias para su salud a causa de su enfermedad:

Sí. No.

6. Seguir el tratamiento para la diabetes resulta realmente molesto:

Sí. No.

7. Creo que un diabético puede vivir menos que uno que no lo sea:

Sí. No.

8. Creo que vale la pena cumplir con el tratamiento para poder tener un buen control metabólico:

Sí.

Solo en parte.

No.

9. A pesar de que dicen lo contrario, creo que el uso de insulina puede tener consecuencias dañinas para la salud.

Sí. No.

10. Mi tratamiento resulta:

Difícil, ni fácil de cumplir.

Muy difícil de cumplir.

Relativamente difícil de cumplir.

Bastante fácil de cumplir.

11. En general trato de ajustarme lo más que pueda al régimen de tratamiento:

Sí.

La mayoría de las veces.

Algunas veces.

Pocas veces o nunca.

12. El aspecto de mi tratamiento que me resulta más difícil de cumplir es:

Ejercicios.

Dieta.

Medicamentos.

Hemogluco test.

Todos.

Ninguno

13. Mi tratamiento:

Aun me resulta difícil de cumplir.

Lo acepto mejor que antes pero aún me cuesta trabajo cumplirlo.

Ya lo cumplo sin mayor esfuerzo.

14. Mi familia me considera “limitado” por ser diabético:

Sí.

A veces.

No.

15. El hecho de ser diabético influye en mis relaciones con las personas que me rodean (compañeros de trabajo, estudios, amigos, vecinos):

Sí. No.

16. Tengo síntomas molestos relacionados con la diabetes:

Frecuentemente.

Cada cierto tiempo.

Pocas veces.

Prácticamente nunca.

17. Siento que ser diabético me limita para realizar actividades que ~~de~~ pueden hacer:

Sí, casi siempre.

Solo a veces.

Nunca.

18. Creo que puedo llevar un régimen de trabajo o de estudios, similares a los de mis compañeros:

Sí.

No.

No estudio ni trabajo.

19. Me creo capaz de rendir como cualquiera en las actividades que habitualmente realizo:

Sí. No.

20. Cuando conozco a alguien, le digo que soy diabético:

Sí.

Veces.

No.

21. Cuando asisto a alguna actividad social (fiestas, reuniones) me disgusta que otros sepan que soy diabético:

Sí.

No.

Un poco.

22. Mis amigos temen invitarme a salir por temor a que me suceda algo:

Creo que sí.

Creo que no.

23. Creo que la gente me trata de forma diferente por ser diabético:

Sí. No.

24. Diariamente yo hago:

Una sola comida: almuerzo o comida.

Dos comidas: desayuno y almuerzo o almuerzo y comida.

Tres comidas: desayuno, almuerzo y comida.

Cuatro o más comidas.

25. Habitualmente hago el hemoglucotest:

Cuatro veces al día.

Una o dos veces al día.

Varias veces al día.

Algunas veces al día.

Nunca.

26. Yo realizo ejercicios físicos:

Todos los días.

Varias veces por semana.

Algunas veces al mes.

Raramente o nunca.

27. Yo controlo mi peso:

Semanalmente.

Mensualmente.

Cuando voy a consulta.

Raramente o nunca.

28. Tengo que visitar frecuentemente al médico porque constantemente tengo molestias relacionadas con la diabetes:

Sí. No.

29. Solo tengo síntomas molestos cuando estoy descontrolado:

Sí. No.

30. Si mi familia me ayudara, me resultaría más fácil cumplir las medidas para el control de mi enfermedad:

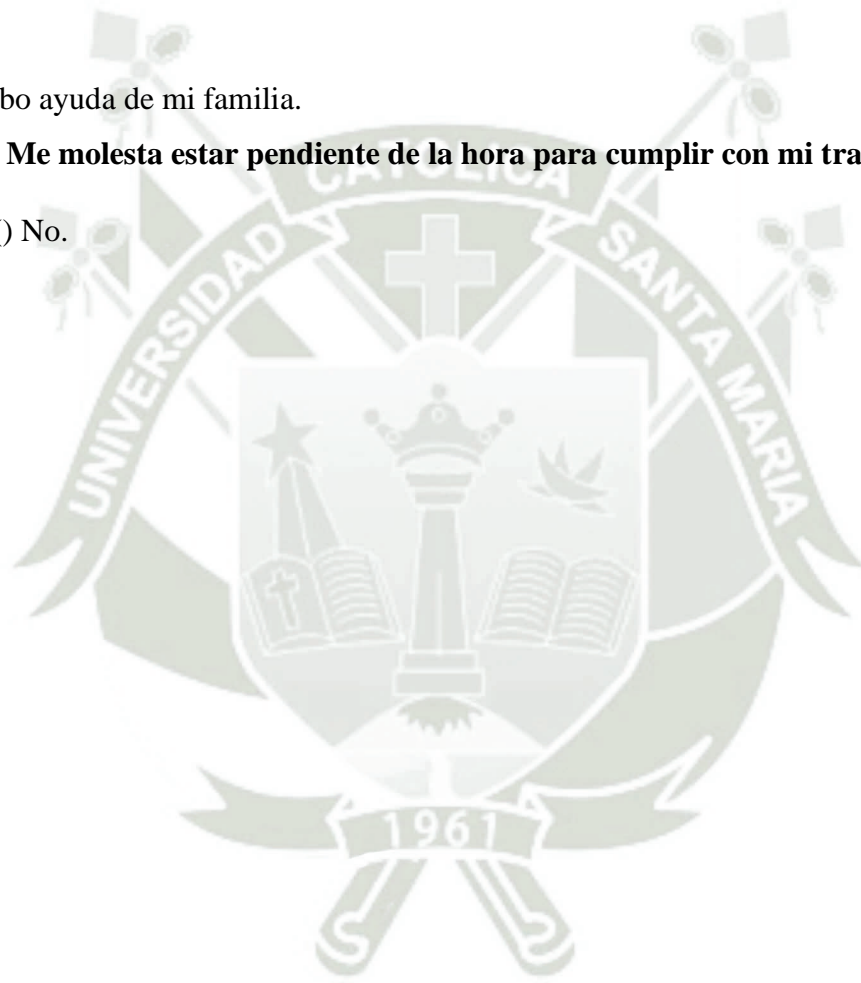
Sí.

No.

Recibo ayuda de mi familia.

31. Me molesta estar pendiente de la hora para cumplir con mi tratamiento

Sí. No.

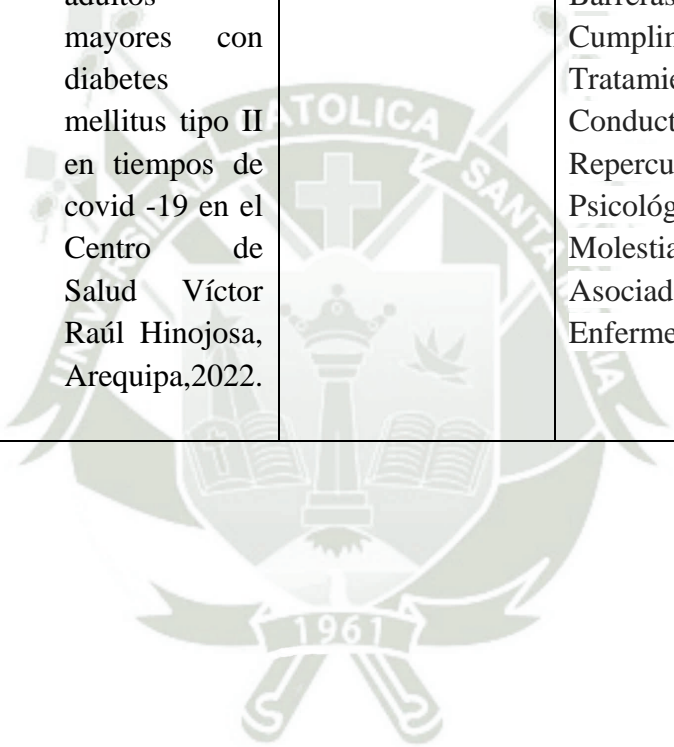


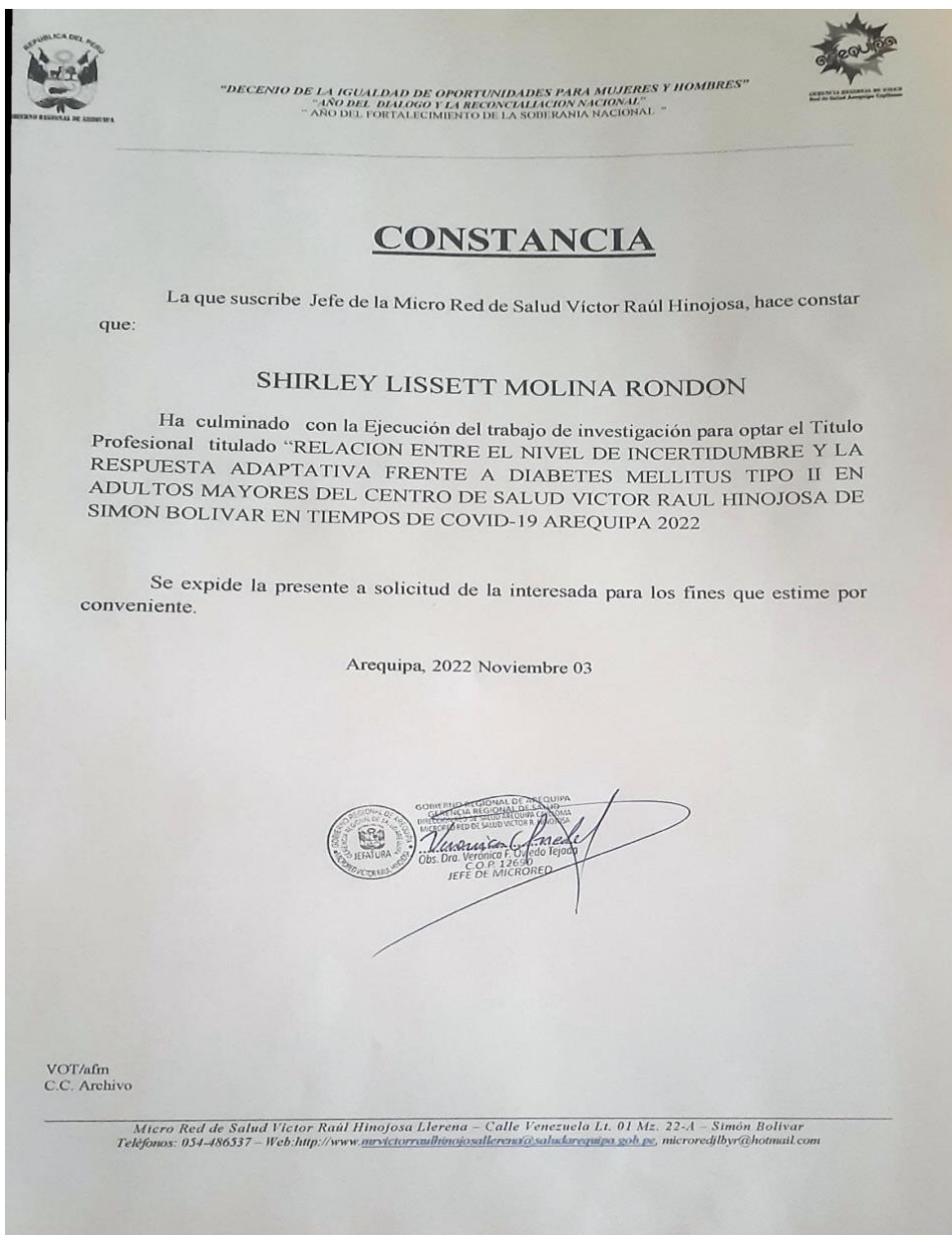
Anexo 5.

Consistencia Interna

Relación entre el Nivel de Incertidumbre y la Respuesta Adaptativa en Adultos Mayores con Diabetes Tipo II en tiempos de covid-19 Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa 2022					
Formulación de problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Metodología
<p>1. ¿Cuál es el nivel de incertidumbre en adultos mayores con diabetes tipo II en tiempos de covid-19 Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa Arequipa?</p> <p>2. ¿Cuál es la respuesta adaptativa en adultos mayores con Diabetes Tipo 2 en tiempos de covid-19 Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre el nivel de</p>	<p>1. Identificar el Nivel de Incertidumbre en Adultos Mayores con Diabetes Tipo II en tiempos de Covid-19 Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa, 2022.</p> <p>2. Identificar la Respuesta Adaptativa en Adultos Mayores con Diabetes Tipo II en tiempos de Covid-19 Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa, 2022.</p> <p>3. Determinar la Relación entre Nivel de</p>	<p>Dado que la Incertidumbre es la incapacidad para determinar eventos y la Respuesta Adaptativa es el grado de adecuación psicosocial de la conducta. Es probable que, exista una relación significativa entre el nivel de</p>	<p>Datos Sociodemográficos</p> <p>Incertidumbre frente a la enfermedad</p>	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Estado Civil</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Ocupación</p> <p>Ambigüedad</p> <p>Complejidad</p>	<p>Tipo Descriptivo Relacional</p> <p>Diseño Relacional</p> <p>Población Compuesta por 50 pacientes</p> <p>Instrumentos -Escala de incertidumbre frente a la enfermedad - Cuestionario de respuesta adaptativa</p>

<p>incertidumbre y la respuesta adaptativa en adultos mayores con Diabetes Tipo 2 en tiempos de covid-19 Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa?</p>	<p>Incertidumbre y la Respuesta Adaptativa en Adultos Mayores con Diabetes Tipo II en Tiempo de Covid-19 Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa, 2022.</p>	<p>incertidumbre y la respuesta adaptativa en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II en tiempos de covid -19 en el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Arequipa,2022.</p>	<p>Respuesta adaptativa a la enfermedad</p>	<p>Percepción de la Severidad de la Enfermedad Barreras para el Cumplimiento del Tratamiento Conducta de Salud Repercusión Psicológica Molestias Asociadas a la Enfermedad</p>	
--	--	--	---	--	--





RELACIÓN ENTRE NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y RESPUESTA ADAPTATIVA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES TIPO II EN TIEMPOS DE COVID-19 CENTRO DE SALUD VÍCTOR RAÚL HINOJOSA, AREQUIPA, 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	scielo.sld.cu Fuente de Internet	3%
2	creativecommons.org Fuente de Internet	1%
3	docplayer.es Fuente de Internet	1%
4	www.medigraphic.com Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.perueduca.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	1%
8	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%

9	pepsic.bvsalud.org Fuente de Internet	1 %
10	www.revenfermeria.sld.cu Fuente de Internet	1 %
11	www.aepcp.net Fuente de Internet	1 %
12	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado