



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS**

**DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON  
DIABETES DEL CLUB DIABÉTICOS DE LA PARROQUIA  
ESPÍRITU SANTO, AREQUIPA 2013**

Tesis presentada por la bachiller:

**MENDOZA      ZUÑIGA      MILAGROS  
YESSICA**

Para optar por el Título Profesional de  
Licenciada en Enfermería

**AREQUIPA-PERÚ**

**2014**

## **DEDICATORIA**

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes: por siempre mi corazón Papá, mamá y mi hijo.

MILAGROS YÉSSICA

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar a Dios, por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora; en segundo lugar, a cada uno de los que son parte de mi familia.

A mis padres, por haberme dado la oportunidad de cumplir con mis metas y haberme dado el legado más importante de la vida que es la educación, por lo cual les estaré eternamente agradecido.

A mi hermano y mi hijo, abuelos, tíos, primos y amigos, por estar conmigo en los momentos más difíciles y por haber brindado su comprensión cuando lo necesité.

## RESUMEN

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar el nivel de afrontamiento al estrés en los pacientes con Diabetes Mellitus II atendidos en el Club del Diabético de la Parroquia del Espíritu Santo. La muestra fue probabilística al azar, integrada por 147 pacientes con diabetes. La hipótesis a comprobarse fue: Dado que la diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad que afecta a la dimensión psicoemocional produciendo estrés en los pacientes que la padecen, es probable que los pacientes del club de diabéticos de la parroquia "Espíritu Santo" no afronten adecuada y oportunamente el estrés producido por la Diabetes Mellitus tipo II. Se consideró como variable única: afrontamiento del estrés. El instrumento utilizado fue Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE). Se calculó el coeficiente del alfa de Cronbach para cada escala, obteniendo valores que fluctuaron entre 0,40 y 0,86. La investigación es descriptiva transversal ya que describe cada uno de los indicadores de la variable y el análisis estadístico es descriptivo. Llegando a concluir que los pacientes con diabetes no tiene estrategias adecuadas de afrontamiento al problema, a la emoción y a la percepción. Resultados que se corroboran con la teoría de Callista Roy, quien señala que el afrontamiento es la manera como una persona responde o experimenta una crisis o eventos extremadamente difíciles.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, diabetes, estrés

## ABSTRACT

The investigation aimed to determine the level of stress coping in patients with Diabetes Mellitus II attended the Diabetic Club of Holy Spirit Parish. The sample was randomly probabilistic, comprising 147 patients with diabetes. The hypothesis to be tested was: Since type II diabetes mellitus is a disease that affects the psycho-emotional dimension producing stress in patients who have it.

It is likely that patients with diabetes club parish "Holy Spirit" not face adequate and timely stress produced by type II Diabetes Mellitus. It was considered as a variable only coping with stress. The instrument used was questionnaire Estimate Coping (COPE). The Cronbach's alpha coefficient for each scale was calculated, obtaining values fluctuating between 0.40 and 0.86. The research is descriptive and cross that describes each one of the indicators of the variable and the statistical analysis is descriptive. Coming to the conclusion that patients with diabetes does not have adequate coping strategies to the problem, emotion and perception. Results corroborate with the theory of Callista Roy, who notes that coping is the way a person responds or experiencing a crisis or events extremely difficult.

Keywords: Coping, diabetes, stress

## ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Definición de términos	33
2.4. Hipótesis	35
2.5. Variables	35
2.5.1. Definición conceptual de la variable	36
2.5.2. Definición operacional de la variable	36
2.5.3. Operacionalización de la variable	37
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	38
3.1. Tipo y nivel de investigación	38
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	38
3.3. Población y muestra	39
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	40
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	42
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	43
CAPÍTULO IV RESULTADOS	44

4.1. Presentación de resultados	44
CAPITULO V DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	63
ANEXOS	66

## INDICE DE TABLAS

### **TABLA 1**

*Distribución de frecuencias y porcentajes del sexo según la edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014.....44*

### **TABLA 2**

*Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de Afrontamiento enfocado al problema en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014..... 45*

### **TABLA 3**

*Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de Afrontamiento enfocado al problema según sexo y edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014..... 46*

### **TABLA 4**

*Distribución de frecuencias y porcentajes del Afrontamiento enfocado al problema en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014..... 47*

### **TABLA 5**

*Distribución de frecuencias y porcentajes del Afrontamiento enfocado al problema según sexo y edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo Arequipa 2014..... 48*

### **TABLA 6**

*Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de Afrontamiento enfocado a la emoción en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014..... 49*

### **TABLA 7**

*Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de Afrontamiento enfocado a la emoción según sexo y edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014..... 50*

### **TABLA 8**

*Distribución de frecuencias y porcentajes de las estrategias de Afrontamiento enfocado a la emoción en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014..... 51*

### **TABLA 9**

*Distribución de frecuencias y porcentajes de Estrategias de*



*Afrontamiento enfocado a la emoción según sexo y edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014..... 52*

**TABLA 10**

*Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de Afrontamiento enfocado a la Percepción en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014 ..... 53*

**TABLA 11**

*Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de Afrontamiento enfocado a la Percepción según sexo y edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014..... 54*

**TABLA 12**

*Distribución de frecuencias y porcentajes de estrategias de Afrontamiento enfocado a la Percepción en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014 ..... 56*

**TABLA 13**

*Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de Afrontamiento enfocado a la Percepción según sexo y edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014..... 57*

## INTRODUCCIÓN

Actualmente tiene una gran importancia en la sociedad el aporte que han realizado y siguen realizando las personas que padecen de enfermedades, como la diabetes, quienes a través de su vida cumplen y aportan al desarrollo de nuestra nación, de ahí que se le debe prestar mucha atención.

Esta presencia y calidad de vida no solo depende de ellos, muchas veces es el entorno familiar el que determina como irá desarrollando su vida. Las diferentes características del hogar, generará que haya un buen o mal desarrollo de la persona que padece esta enfermedad, comenzando a tener diversos comportamientos sociales, que son la manifestación de las características personales que va adquiriendo.

Todo lo expresado nos permite indicar que dentro de la presente investigación se quiso determinar el nivel de afrontamiento al estrés en los pacientes con Diabetes Mellitus II atendidos en el Club del Diabético de la Parroquia del Espíritu Santo.

En la primera parte de la investigación encontramos el problema, los objetivos que buscamos alcanzar y la justificación del porque realizar este trabajo con el tema señalado.

En el segundo capítulo está lo relacionado a conocer que es la diabetes mellitus, y el afrontamiento de los enfermos hacia esta enfermedad, que características tiene la variable única, señalando la información más importante que nos permita tener la base conceptual para poder acercarnos a conocer y compararla con la realidad.

Luego señalaremos la metodología utilizada y la justificación de la presente investigación; se describirá la muestra y los instrumentos utilizados, así como su validez y confiabilidad.

Luego se presentan los resultados (análisis estadístico de los datos y las tablas correspondientes).

Finalmente haremos la discusión de los resultados comparándolos con los obtenidos en otras investigaciones, esto nos permitirá formular nuestras conclusiones y recomendaciones.

## CAPÍTULO I

### 1.1. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

Se observa que los pacientes con Diabetes se enfrentan a múltiples problemas biofísicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a los diferentes estadios de la enfermedad y a los procesos terapéuticos recibidos.

En la actualidad, las estadísticas señalan un porcentaje elevado que oscila entre el 26.8% - 29.0% de los problemas de salud mental asociados a las enfermedades crónicas irreversibles como la Diabetes Mellitus.

Asimismo, están obligados a realizar cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, existiendo seria dificultad para sobrellevar la vida familiar, por lo que los modos de afrontamiento juegan un papel importante que incidirá en la calidad de vida.

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

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

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Interrogante general**

¿Cuál es el nivel de afrontamiento del estrés de los pacientes con Diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo?

### **1.2.2. Interrogantes específicas**

- ¿Cuál es el nivel de afrontamiento de estrés enfocado al problema en los pacientes con Diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo?
- ¿Cuál es el nivel de afrontamiento de estrés enfocado a la emoción en los pacientes con Diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo?
- ¿Cuál es el nivel de afrontamiento de estrés enfocada a la percepción en los pacientes con Diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. General**

Determinar el nivel de afrontamiento al estrés en los pacientes con Diabetes atendidos en el Club del Diabético de la Parroquia del Espíritu Santo. Arequipa, 2013

### **1.3.2. Específicos**

- Determinar el nivel de afrontamiento de estrés enfocado al problema en los pacientes con Diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo.

- Determinar el nivel de afrontamiento de estrés enfocado a la emoción en los pacientes con Diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo.
- Determinar el nivel de afrontamiento de estrés enfocada a la percepción en los pacientes con Diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

El estudio es pertinente realizarlo, ya que la salud cumple un rol importante en el desarrollo y adecuado funcionamiento de la persona, la cual actualmente es de preocupación personal, social, política e institucional en diferentes entidades, abocadas a la prevención, promoción y difusión de esta. Es por ello que hay un aumento de la población que migra del campo a la ciudad y una incorporación de hábitos poco saludables, los cuales dan un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas como es el caso de la diabetes (MINSa, 2000). La diabetes es una enfermedad crónica, que obliga a cambios en el estilo de vida y al manejo de dispositivos para valorar la glucosa en sangre, y dependiendo del caso, inyección de insulina; siendo característica de esta enfermedad el papel activo que desarrolla la persona con diabetes, por lo que debe conocer y asumir su participación con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

Por esta razón para el presente estudio, la Diabetes es un claro ejemplo de enfermedad metabólica, cuyo control depende del comportamiento de la persona que la padece de modo que, en gran medida, su evolución será función de la adhesión del paciente al tratamiento. Es así que el impacto de la diabetes es de gran importancia por las múltiples circunstancias de orden que desestabilizan o impiden un adecuado control metabólico de la diabetes; tal es el caso, por ejemplo, de las situaciones estresantes, las que pueden alterar los niveles de la glucosa en la sangre por medio de las llamadas hormonas del estrés, u obstaculizar el metabolismo de la glucosa, a través de la influencia del sistema nervioso. Por otro lado, la exposición continua a las demandas

que se suscitan propias de la naturaleza y complejidad del tratamiento que muchas veces no garantiza una buena evolución, pueden desencadenar ansiedad y depresión en estos pacientes.

La investigación es de utilidad porque va a identificar los factores más relacionados a las estrategias de afrontamiento de los adultos mayores con diabetes, para que de esta manera el personal de salud pueda realizar la prevención del estrés y mejorar de esta manera su calidad de vida.

Es un tema de actualidad, debido a que el tema requiere de una prolija revisión bibliográfica, la que aunada a los resultados a obtener, tendrán como consecuencia el fortalecimiento del cuerpo de conocimientos de la salud física. Muchos de los aspectos relacionados a la Diabetes Mellitus se pueden mejorar ajustando estrategias y la forma de cómo enfrentar el estrés de los pacientes.

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

La investigación es trascendente debido a que la investigación realizada servirá para futuras investigaciones, elaboración de estrategias de promoción de la salud y el mejor cuidado de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes.

## **1.5. LIMITACIONES DE INVESTIGACIÓN**

Dada las características del estudio, los resultados hallados en la presente investigación solo pueden ser aplicados al grupo de estudio considerado.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 1.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

##### 2.1.1. A nivel internacional

Lazcano Ortiz, M. (2006). En la Universidad Autónoma de Nuevo León, realizó la investigación realizada en “Estrés, afrontamiento y adaptación psicosocial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” Propósito y Método de Estudio: El propósito del presente estudio fue examinar la capacidad explicativa de un modelo de enfermería que interrelaciona el estrés percibido, estrategias de afrontamiento cognoscitivo, adaptación fisiológica, adaptación psicosocial y la variable resultado calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2). Dicho modelo se construyó a partir de la perspectiva del Modelo de Adaptación de Roy, con el fin de extender y comprender el fenómeno de la adaptación.

La respuesta fisiológica de Roy, se integró a través de tres marcadores bioquímicos (HbA1c, colesterol, triglicéridos) y peso y talla. Se seleccionó un diseño descriptivo correlacional predictivo. El tamaño de la muestra  $n = 200$  se determinó para un nivel de significancia de .05 y 95% de confianza, con una potencia de prueba de 90% para un coeficiente de determinación de .10, es decir un tamaño de efecto pequeño. Las mediciones principales fueron: estrés percibido, afrontamiento, adaptación psicosocial calidad de vida y registro de alimentos. Se aplicaron estadísticas descriptivas, prueba de Kolmogorov-Smirnov, coeficiente de correlación de Spearman, regresión lineal simple y múltiple y análisis residual gráfico y numérico.

Conclusiones: El estudio permitió probar algunas de las relaciones propuestas del Modelo de Adaptación de Roy: a) el tiempo influye



en la adaptación fisiológica, b) los estímulos (estrés) pueden influir en las estrategias de afrontamiento cognoscitivo y c) los estímulos (estrés) pueden influir en las respuestas adaptativas (adaptación psicosocial y calidad de vida). Los resultados no mostraron efecto de mediación del afrontamiento entre las variables predictoras tiempo de diagnóstico, estrés percibido, adaptación fisiológica y psicosociales con calidad de vida. Se integraron cinco marcadores (HbA1c, colesterol, triglicéridos, peso y talla) para representar el concepto de adaptación fisiológica de Roy.

### **1.1.1. A nivel nacional**

Patilla Vila C. (2011) en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, realizó la investigación titulada “Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento”. La presente investigación busca establecer la diferencia existente entre la ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos con adherencia y sin adherencia al tratamiento.

Se utilizó un diseño de tipo descriptivo-comparativo y un muestreo probabilístico de tipo intencional en una muestra constituida por 55 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 43 y 87 años, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consulta externa del área de endocrinología en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú (HCFAP).

Los instrumentos utilizados son el Cuestionario de salud a fin de recolectar la información del paciente y adherencia al tratamiento, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI) para medir la ansiedad, en cuanto a depresión se utilizó la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (SDS) y para la medición de las situaciones generadoras de estrés el Diabetes Distress Scale (DDS17) en su versión español. Los resultados revelan la

existencia de diferencias significativas entre la ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento y sin adherencia al tratamiento.

Concluyéndose que los pacientes sin adherencia muestran una mayor probabilidad de presentar ansiedad, depresión y una mayor percepción de situaciones generadoras de estrés en comparación con los pacientes con adherencia al tratamiento.

Coloma D., Amelia. (2005) Lima. "Estudio comparativo de climas familiares de hogares con adultos mayores diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II y hogares con adultos mayores que no tienen diagnóstico". Tuvo como objetivo: Comparar los climas familiares de hogares donde existe un adulto mayor con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo II y hogares, donde habiendo un adulto mayor, no presenta tal diagnóstico, concluyó: Se encontraron diferencias significativas en las sub-áreas de: Cohesión, conflicto, actuación y Moralidad-Religiosidad en función a la comparación de ambos grupos en estudio. Representa un impacto considerable en ciertas áreas de la familia cuando se recibe el diagnóstico de Demencia Senil en uno de sus miembros. No se determinaron diferencias significativas en la Sub-áreas de: Expresividad, Autonomía, Intelectual-Cultural, Social-Recreativo, organización y control de la Escala del Clima Social Familiar. La presencia de un adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II en una familia altera considerablemente el clima familiar de esta.

### **1.1.2. A nivel Local**

Cabrera Fuentes, VS. (2007) Arequipa, "Influencia de la Práctica del Autocuidado de la Salud en la Calidad de Vida de los Pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el Hospital III de Yanahuara de Essalud". Concluyó que, los pacientes con Diabetes Mellitus investigados en más del 66.6%, tienen edades

entre 35 a 54 años. El nivel de instrucción es bueno, ya que sobrepasando el 60% tienen estudios secundarios y superiores; la ocupación predominante es la de profesionales y profesan la religión católica. Que, la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus, en la dimensión biofísica que comprende la función física, el rol funcional, la vitalidad y salud general; así como en la dimensión Psicosocial que considera la función social y el rol emocional, previa la práctica del autocuidado era insatisfactoria y aceptable lo demuestran los porcentajes del 61.4% y del 76.0% acumulados. Que, la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus, posterior a la práctica del Autocuidado de la salud, es mayoritariamente satisfactoria y aceptable, en ambas dimensiones, lo demuestran los porcentajes que superan el 90.0% acumulado. Que la Práctica del Autocuidado de la Salud por los pacientes con Diabetes Mellitus ha influido favorablemente en su calidad de vida. Lo demuestra la diferencia porcentual entre las categorías de satisfactoria e insatisfactoria. (27)

Núñez Collazco, J. (2008) Arequipa. "Repercusión de la práctica del autocuidado de la salud en la satisfacción de las necesidades de salud de los pacientes con Diabetes Mellitus del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter. Concluyó: que en relación a las características sociodemográficas de los pacientes investigados se tiene que, son en su totalidad adultos maduros; pertenecen a ambos géneros, el nivel de instrucción fundamentalmente es secundaria y superior; más de la mitad tiene una ocupación. Que, la mayoría de las necesidades de: nutrición, eliminación, comodidad y confort y psicoemocional son satisfechas con la práctica del autocuidado de la salud. Que, con la práctica del Autocuidado de la Salud de los pacientes diabéticos repercute mayoritariamente en la satisfacción de las necesidades de comodidad y confort. (28)

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. Modelo de enfermería**

#### **A. Modelo de Sor Callista Roy**

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

Roy define el metaparadigma enfermero de esta forma:

- **Persona:** Ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.
- **Entorno:** Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos.
- **Salud:** Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.
- **Enfermería:** Es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad.

Los modos adaptativos son categorías de conductas para

adaptarse a los estímulos:

- **Función fisiológica:** Implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina.
- **Autoconcepto:** Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la autocoherencia y la autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación).

**Función de Rol: Implica conductas de razón de la posición de la persona**

- En la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta. Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular).
- **Interdependencia:** Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto.

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

- **Regulador:** controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas.
- **Cognitivo:** regula el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia.

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

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

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

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

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

mueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

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

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

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

### **MODELO DE ADAPTACIÓN DE ROY**

En el origen del Modelo de adaptación de Roy se puede identificar la mención que hace al trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, que abarcaba desde las ciencias sociales hasta las de la conducta humana (7). Helson desarrolló los conceptos de los estímulos focales, contextuales y residuales, lo que Roy (7) redefinió en el campo de la enfermería para formar así una tipología de los factores que están

relacionados con los niveles de adaptación de las personas. En la teoría de adaptación de Helson, las respuestas de adaptación son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación (6). El estímulo es un factor que provoca una respuesta. Helson con su trabajo, desarrolló el concepto de la zona del nivel de adaptación, que determina si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa. Según la teoría de Helson, la adaptación es el proceso de responder de forma positiva ante cambios en el entorno (7). Roy combinó el trabajo de Helson con la definición de sistema que dio Rapoport, que veía a la persona como un sistema de adaptación.(7) También consideró la teoría general de Sistemas, la que afirma que las propiedades de los sistemas no pueden describirse significativamente en término de sus elementos separados. La comprensión de los sistemas sólo ocurre cuando se estudian globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus subsistemas (8) . Con esta base teórica Roy desarrolló su modelo de adaptación. El Metaparadigma de Enfermería lo define de la siguiente manera.(7) Enfermería es “una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general. La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación”.

### **ADAPTACIÓN A LA DIABETES MELLITUS DE WHITTEMORE Y ROY**

Plantearon una adaptación al modelo, proponiendo una teoría de rango medio de adaptación a la DM, que consiste en tres distintos procesos, aunque interrelacionados, de estabilización, integración y salud dentro de la enfermedad.



Se piensa que el proceso de adaptación es continuo, con variaciones dependientes del ciclo vital de la enfermedad y la persona.

Vivir con una enfermedad crónica se ha descrito como una trayectoria incierta que requiere un ajuste y diferentes modos de respuesta en el tiempo. Mientras todos los conceptos siguientes parecen mostrar una relación lineal, en realidad, los estímulos relacionados con la enfermedad crónica, el contexto y la persona están cambiando continuamente, lo que posteriormente influye en la percepción, comportamiento y las respuestas de adaptación. Las respuestas de adaptación en el modelo modificado son la estabilización y la integración. El título es cambiado de “adaptation” a “adapting”, ya que el segundo término refleja de mejor manera este proceso dinámico perpetuo. Estos procesos están continuamente influenciados por estímulos y factores personales y ambientales, además de la percepción individual de la experiencia de la enfermedad y la participación en conductas promotoras de salud. La estabilización consiste en las respuestas adaptativas fisiológicas a la enfermedad crónica, incluyendo la prevención de complicaciones. La integración, o las respuestas adaptativas psicosociales, involucran integrar el manejo de la enfermedad crónica con los roles y actividades del diario vivir, integrando la experiencia de la enfermedad crónica con el concepto de sí mismo y la identidad personal, e integrar el cambio personal y los cambios del estilo de vida en las relaciones personales. La salud dentro de la enfermedad es la unión de la integración y la estabilización dentro de la persona en una experiencia de vida significativa, donde se maximice el potencial de salud y la plenitud se hace real. La salud dentro de la enfermedad es un proceso cada vez más dinámico que se experimenta a la luz de la variabilidad fisiológica y psicosocial (10).

## **La Teoría relaciona con el tema de investigación**

Esta teoría tiene relación directamente con el tema que se ha investigado, ya que la teoría de Callista Roy habla sobre el modelo de la adaptación; podemos observar el comportamiento psicosocial del paciente diabético, en este caso uno de los factores externos vendría hacer el problema de salud que es la diabetes, y esta teoría trata de explicar cómo el ser humano, que son los adultos mayores, afrontan el estrés y se adaptan a su enfermedad. El motivo de la investigación dentro del campo de enfermería trata de analizar y estudiar la adaptación de estos pacientes hacia su entorno y a su enfermedad, para que en base a estos resultados puedan hacer sus estrategias de intervención o programas de intervención de enfermería.

Para ello tienen que contar con el apoyo informativo y de atención del profesional de enfermería, quien se debe encargar de proporcionar todas las herramientas informativas y conceptuales al adulto mayor y a sus familiares para que puedan desarrollar una vida normal sin problemas en su salud.

### **2.2.2. Diabetes Mellitus**

La diabetes es un conjunto heterogéneo de alteraciones, caracterizadas por la elevación de la concentración de glucosa en la sangre, o hiperglucemia. Normalmente, en la sangre circula cierta cantidad de glucosa, la cual se forma en el hígado a partir de los alimentos ingeridos. La insulina, hormona producida por el páncreas, controla la concentración de glucosa en la sangre al regular su producción y almacenamiento.

En la diabetes se reduce la capacidad del cuerpo para responder a la insulina, o el páncreas deja de producirla. Lo anterior conduce a la hiperglucemia, que puede resultar en complicaciones

metabólicas graves, como la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperosmolar no cetónico (*hyperglycemic hyperosmolar nonketotic*, HHNK). La hiperglucemia de larga duración es una de las causas de complicaciones microvasculares crónicas (padecimientos renales y de los ojos) y complicaciones neuropáticas (enfermedades de los nervios). La diabetes también está relacionada con una mayor presencia de enfermedades macrovasculares, entre otras, infarto al miocardio, apoplejía y vasculopatía periférica. (4)

## **A. Etiología de la Diabetes**

### **a. Diabetes Tipo II**

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

- Edad (la resistencia a la insulina aparece después de los 65 años de edad)
- Obesidad
- Anamnesis
- Grupo étnico (en Estados Unidos, hay mayor probabilidad de diabetes tipo II entre latinos e indios estadounidenses, y en menor grado en los negros)

## **B. Evaluación Diagnóstica**

La presencia de glucemia anormalmente alta es el criterio en que debe basarse el diagnóstico de diabetes. La glucemia en ayunas mayor de 140 mg/100 ml (SI: 7.8 mmol/L) o la glucemia al azar mayor de 200 mg/100 ml (SI: 11.1 mmol/L) en

más de una ocasión sugiere el diagnóstico de diabetes. Si la glucemia preprandial es normal o cercana a lo normal, el diagnóstico debe elaborarse con base en la curva de tolerancia a la glucosa.

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

En la actualidad, la curva de tolerancia a la glucosa oral es más sensible que la endovenosa, que se emplea únicamente en circunstancias especiales (p. ej., pacientes con cirugía gástrica). La primera de estas pruebas se realiza mediante la administración de una solución sencilla de carbohidratos.

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

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

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

grado de actividad y medicamentos originan problemas especiales en la interpretación de los resultados del estudio.

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

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

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

### **C. Tratamiento**

El objetivo principal del tratamiento de la diabetes es normalizar la actividad de la insulina y la glucemia para reducir

el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropáticas. En cada tipo de diabetes, el objetivo terapéutico es lograr concentraciones normales de glucosa en sangre (euglucemia), sin hipoglucemia y sin alterar de manera importante las actividades normales del paciente.

Hay cinco componentes para el tratamiento de la diabetes:

- Dieta
- Ejercicio
- Vigilancia
- Medicamentos (cuando sea necesario)
- Enseñanza

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

El control de la diabetes y ensayos clínicos para el tratamiento de las complicaciones (diabetes control and complications trial, DCCT) fue un programa prospectivo a 10 años, diseñado para determinar las repercusiones del control intensivo de la glucosa en el desarrollo y avance de complicaciones como retinopatía, nefropatía y neuropatía. A un grupo de 1441 pacientes con diabetes tipo I se le asignó al

azar el tratamiento convencional (una a dos inyecciones diarias de insulina) o un tratamiento intensivo (tres a cuatro inyecciones diarias o tratamiento con bomba de insulina). Los datos meta fueron reunidos durante nueve años (1993).

Los resultados del DCCT muestran que el riesgo de desarrollar retinopatía se redujo en un 76%. Por otra parte, la frecuencia de microalbuminuria y albuminuria, primeros indicios de nefropatía, se redujeron en 39 y 54%, respectivamente. Además, la frecuencia de neuropatía se redujo en 60%, lo que permitió niveles normales o casi normales de seroglucosa. Sobre la base de estos resultados, hoy en día se recomienda que todos los pacientes diabéticos intenten controlar lo mejor posible dichos niveles para reducir el riesgo de complicaciones.

El principal efecto adverso del tratamiento intensivo fue un triple incremento en la frecuencia de hipoglucemia grave (lo suficientemente grave como para requerir la ayuda de otra persona), coma o ataques. Dados sus efectos adversos, debe tenerse mucho cuidado al iniciar el tratamiento intensivo. El paciente y su familia deben ser muy bien informados; el enfermo debe demostrar responsabilidad. Es fundamental seleccionar con todo cuidado a los pacientes antes de prescribir el tratamiento intensivo. Hay otras situaciones que impiden iniciar un control exhaustivo de la glucosa en sangre.

#### **a. Dietoterapia**

- **Principios generales.** El control dietético y ponderal son fundamentales en el tratamiento de la diabetes. La nutrición del diabético tiene los siguientes objetivos:
  - Proporcionar todos los constituyentes esenciales de la dieta (p. ej., vitaminas, minerales).

- Obtener y mantener el peso ideal
- Cubrir las necesidades energéticas
- Prevenir las grandes variaciones diarias de la glucemia y lograr concentraciones seguras y prácticas cercanas a la normalidad
- Disminuir la concentración de lípidos en sangre si está elevada

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

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



de ello, lo más importante es disminuir el número total de calorías ingeridas, pero no deben eliminar ninguna comida. Repartirlas a lo largo del día facilita la tarea del páncreas.

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

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

### **2.2.3. Afrontamiento del Estrés**

#### **A. Conceptualización**

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

desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

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

## **B. Teorías del afrontamiento**

Dentro de la psicología cognitiva y centrándonos en el ser humano, hay dos formas de entender las estrategias de afrontamiento:

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

## **C. Tipos de afrontamiento**

Existen dos tipos de estrategias de afrontamiento:

- Estrategias de afrontamiento centradas en el problema: la persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia

cognitiva. hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante. Este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones.

- Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo. Las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la revaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación.

#### **D. Afrontamiento**

Es del todo acertada la correspondencia que Lazarus y Folkman (32) establecen entre estrés y afrontamiento: éste constituye la conducta apropiada y relativa al estrés. Como también comentan con acierto, la conducta relacionada con el estrés incluye, en realidad, dos géneros de respuesta. Una es la conducta "respondiente", que, a su vez, se compone, primero, de percepción no sólo del peligro, de la pérdida o el daño, sino también -si es correcto el precedente análisis- de la demanda (percepción y, además, "appraisal": apreciación, estimación, juicio); y, segundo, de reacción y alteración emocional. Otra es la conducta adaptativa específicamente relativa a la demanda y que asimismo se compone, a su vez, de dos elementos: una "reapreciación" del daño, pérdida, amenaza, pero también, por otro lado, de los propios recursos para hacerle frente; y una acción propiamente tal, una conducta instrumental, operante, que trata de realizar los requeridos cambios en el entorno.

Afrontamiento es la respuesta adaptativa al estrés. (33) Debe distinguirse entre adaptación, término muy amplio que cubre la totalidad de la conducta, y afrontamiento, una especial categoría de adaptación eliciteda en el individuo por circunstancias inusualmente abrumadoras. Lazarus y Folkman (32) lo formulan con una excelente definición, que basta reproducir aquí con algunas glosas propias entre paréntesis: son esfuerzos (actos, procesos) cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes (adaptativos, flexibles) para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo. Lo de "manejar" es sumamente genérico, pero certero. En el afrontamiento no siempre se atienden las demandas objetivas, no siempre se resuelve la amenaza, se evita la pérdida o se disipa el daño; simplemente se les maneja hasta cierto punto, se "negocia" con la realidad, se reduce o mitiga hasta donde se puede. También hay afrontamiento en situaciones como la del "atteriza como puedas". El afrontamiento, en suma, entraña siempre la adquisición de un cierto "control" de la situación, pero un control que oscila mucho: desde el dominio el hacerse dueño de la situación, hasta el simple "apañárselas como uno pueda" o, todavía menos, un somero control de sólo las emociones suscitadas por el evento estresante.(33)

El afrontamiento es siempre, en alguna medida, extraer recursos de la falta de recursos, o sea, sacar fuerzas de flaqueza. Esto no es una paradoja y tiene que ver con el doble momento de la "apreciación": un momento que es el del juicio primario, el que aprecia el evento-fuente del estrés como dañino, amenazante, desafiante; y otro momento de juicio secundario en el que se vuelve a apreciar la situación y se valoran, sopesan, también los propios recursos para afrontar.

La acción completa de afrontamiento incluye un componente instrumental, operante, de alguna transformación en el medio, más no sólo o no siempre del medio exterior: a veces se trata de transformación del medio interior. A ese propósito Lazarus y Folkman (32) distinguen dos tipos que son dos funciones- del afrontamiento:

**a. Afrontamiento enfocado al Problema.** Se manifiesta cuando el individuo busca modificar la relación existente, sea alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza y comprende las siguientes escalas:

- Escala 1: Afrontamiento Activo. Se define como el conjunto de realizar conductas orientadas a incrementar los esfuerzos con el fin de distanciar o evitar el estresor, o minimizar sus efectos negativos.
- Escala 2: Planificación. Proceso consistente en pensar cómo manejarse frente al estresor organizando y planificando estrategias de acción, premeditando qué escoger y estableciendo cuál será la mejor estrategia para manejar el problema.
- Escala 3: Supresión de actividades competentes. Representa el pasar por alto o subestimar otras posibles actividades evitando ser distraído, con el objeto de manejar mejor el estresor
- Escala 4: Postergación del afrontamiento. Se define como la capacidad de esperar o postergar el afronte del estresor hasta que se presente la oportunidad apropiada para actuar sobre el problema, impidiendo realizar alguna acción prematuramente.
- Escala 5: Búsqueda de apoyo social por razones *instrumentales*. Significa buscar en las otras personas

consejo, asistencia e información u orientaciones con el fin de solucionar el problema.

**b. Afrontamiento enfocado a la emoción.** Se dirige a disminuir o eliminar las reacciones emocionales desencadenadas por la fuente estresante. Comprende las siguientes escalas:

- Escala 7: Reinterpretación positiva y crecimiento. Estilo en el que el individuo evalúa el problema de manera positiva, reconociendo o atribuyendo cualidades favorables a la experiencia estresante.

Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes sí misma, es decir, rescatando lo favorable de la situación adversa, y asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.

- Escala 8: La aceptación. Comprende dos aspectos durante el proceso de afrontamiento. El primero consiste aceptar que la situación estresante realmente existe y acontece durante la fase de evaluación primaria. El segundo tiene lugar durante la evaluación secundaria y consiste en aceptar la realidad como un hecho con el que se tendrá que convivir ya que es inmodificable en el tiempo.
- Escala 9: Negación. Se define como rehusarse a creer que el estresor existe, o comportarse y pensar como si el estresor fuera irreal o sencillamente no existiese.
- Escala 10: Acudir a la religión. Tendencia a apoyarse en la religión en situaciones de estrés con la intencionalidad de reducir la tensión existente.

**c. Afrontamiento a la percepción**

- Escala 11: Enfocar y liberar emociones. Ocurre cuando el individuo se focaliza en las consecuencias emocionales

desagradables o displacenteras que se experimentan expresando abiertamente dichas emociones.

- Escala 12: Desentendimiento conductual. Consiste en la disminución del esfuerzo conductual y cognitivo dirigido al estresor, dándose el individuo por vencido sin intentar alcanzar las metas con las que el estresor está interfiriendo.
- Escala 13: Desentendimiento mental. Ocurre cuando el individuo permite que una amplia diversidad de actividades lo distraiga de su evaluación de los aspectos conductuales del problema, o de la meta con la que el estresor está interfiriendo.

## **E. Estrategias de afrontamiento**

Hay muchos modos de afrontar y no todos ellos son deliberados, ni siquiera voluntarios. Es el caso de los mecanismos de defensa, postulados por el psicoanálisis, pero estudiados también por la psicología objetiva, ya experimental (Zeller, 1950), ya dimensional o estructural (Byrne, 1974).

Tales mecanismos constituyen modos de afrontamiento: modos "mecánicos", automatizados, a la manera de un resorte, como su mismo nombre y metáfora básica indica; afrontamiento, por otra parte, orientado a la emoción, a la propia ansiedad y desazón, más que al problema objetivo. Pero puede ampliarse y transformarse- mucho la noción de "defensa" hasta abarcar asimismo, la que se organiza frente a la realidad exterior, al peligro objetivo, al problema, e incluir no sólo mecanismos automáticos, sino también estrategias conscientes. Aparece así la idea -y la práctica deliberada- de las estrategias de afrontamiento. Muchas de ellas son cognitivas, de manejo de la memoria, de la información, de atención selectiva (Holahan, Moos y Schaefer, 1996). Las estrategias guardan relación con la toma de decisiones: no se afronta sin tomar decisiones, sólo

que como efecto lateral indeseado- tener que decidir suele ser, a su vez, una fuente de estrés.

Bajo el modo del automatismo o bien de la estrategia propiamente tal, existen distintas direcciones del afrontamiento. A menudo suele hablarse del doble sistema: enfrentamiento mediante aproximación o, por el contrario, huida o evitación; o sea, en el peligro, dar la cara o dar la espalda. Es muy amplio en todo caso el rango de las conductas de afrontamiento: desde la defensa perceptiva hasta el apego, la agresión, la reactancia, la comunicación social, la búsqueda de información o de apoyo social.

Muchas de las estrategias de afrontamiento, por no decir todas, tienen un importante componente cognitivo, de procesamiento de la información, de manejo de los estímulos estresores. A la postre, lo que se afronta es la "realidad": lo que se opone a la omnipotencia del deseo, del pensamiento desiderativo. El afrontamiento involucra siempre un principio cognitivo de realidad, de racionalidad práctica.

## **F. Algunos modelos de estrés y afrontamiento**

Los modelos, en ciencia, son metáforas desarrolladas, sistematizadas; son analogías intuitivas, razonables y razonadas, que buscan semejanzas en algo mejor conocido o más inteligible, y que a partir de eso tratan de representar lo peor conocido. Contribuyen a esclarecer las relaciones entre fenómenos, pero no, en rigor, a establecerlas. Son guías heurísticas y pragmáticas, que sirven a la investigación, a la construcción de teorías y a la propia intervención tecnológica.

Modelos los hay, desde luego, no sólo descriptivos; los hay también explicativos, o de carácter práctico, aplicado. Los modelos difieren de las teorías propiamente tales en uno o ambos de estos elementos:



- Se refieren a un ámbito relativamente reducido de fenómenos;
- No cuentan con el respaldo de hallazgos de investigación, de evidencias empíricas suficientes para juzgarlos sólidos.

En ese sentido, los modelos sirven a la clarificación de los fenómenos y a la exploración de relaciones entre ellos; y pertenecen a la imaginación o a la fantasía científica.

En Psicología, como en otras ciencias, los modelos resultan del cúmulo de evidencias ya disponibles y contribuyen a recoger ulteriores evidencias. En materia de estrés y afrontamiento, al tratar de poner juntos los elementos conceptuales y empíricos pertinentes, han aparecido modelos varios que sugieren algún género de determinación o de proceso de unos a otros. Uno de los modelos conceptuales, analíticos, más simples es el propuesto por Moos y Schaefer (1993), relativo al afrontamiento positivamente funcional, adaptativo, ante unos eventos estresantes que han llegado a constituir una crisis vital.

## **G. Estrés**

El término estrés proviene de la física y la arquitectura y se refiere a la fuerza que se aplica a un objeto, que puede deformarlo o romperlo. En la Psicología, estrés suele hacer referencia a ciertos acontecimientos en los cuáles nos encontramos con situaciones que implican demandas fuertes para el individuo, que pueden agotar sus recursos de afrontamiento.

La definición del término estrés ha sido muy controvertida desde el momento en que se importó para la psicología por parte del fisiólogo canadiense Selye (1956). El estrés ha sido entendido:

- Como reacción o respuesta del individuo (cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales, etc.)
- Como estímulo (capaz de provocar una reacción de estrés)
- Como interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo.

En la actualidad, este último planteamiento, se acepta como el más completo. Así pues, se considera que el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto. De tal modo, los elementos a considerar en la interacción potencialmente estresante son: variables situacionales (por ejemplo, del ámbito laboral), variables individuales del sujeto que se enfrenta a la situación y consecuencias del estrés.

El estrés puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. Esta reacción de estrés incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables), de las cuáles las más importantes son: la ansiedad, la ira y la depresión.

### **2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS**

**Afrontamiento del Estrés:** Constituyen las actitudes y/o comportamientos que tiene el paciente y/o miembros de la familia, para conseguir el bienestar físico y psicoemocional.

**Conductas:** La conducta está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida, en este caso durante la enfermedad en el entorno familiar.

**Cognitivo:** Es el conjunto de conocimientos que posee la persona sobre determinada situación o actividad. En este caso sobre Alzheimer y Estrés.

**Autocontrol:** El autocontrol indica el dominio que una persona puede tener de sus reacciones, sentimientos e impulsos a través de una determinación voluntaria para poder hacerlos surgir o crecer, mantener o someter según su libre decisión.

**Control emocional:** Es el dominio que una persona tiene de sus reacciones emocionales.

**Ansiedad:** Es un síntoma psicológico que presentan las personas, por causas externas e interna.

**Pasividad:** Es el estado sereno, tranquilo, relajado en las personas.

**Cuidado Biofísico:** Es el conjunto de competencias en la dimensión biológica y física que realizan el equipo de enfermería y/o cuidadores de pacientes.

**Descanso:** Es el reposo la quietud o la pausa que se hace en medio del trabajo o de otra actividad.

**Sueño:** Es estado fisiológico y/o necesidad de las personas para recuperar en un tiempo determinado las energías pérdidas o gastadas durante el día.

**Deambulaci3n:** Es el acto de caminar y/o iniciar el movimiento motor de la marcha

**Eliminaci3n:** Es una funci3n fisiol3gica, propia de los organismos orgánicos a fin de eliminar los desechos nitrogenados propios del catabolismo.

**Cuidado Psicoespiritual:** Es el conjunto de competencias en la dimensión psico-espirituales que realizan el equipo de enfermería y/o cuidadores de pacientes.

**Comportamiento:** El comportamiento es la manera de proceder que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten. La ciencia que estudia la conducta y el comportamiento animal es la etología y la ciencia que estudia la conducta desde el punto de vista de la evolución es la ecología del comportamiento.

**Personalidad:** La personalidad es la suma de los distintos aspectos que definen al individuo.

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1. Hipótesis general**

Dado que la diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad que afecta a la dimensión psicoemocional produciendo estrés en los pacientes que la padecen.

Es probable que los pacientes del club de diabéticos de la parroquia “Espíritu Santo” no afronten adecuada y oportunamente el estrés producido por la Diabetes Mellitus tipo II.

## **2.5. VARIABLES E INDICADORES**

### **Identificación de variables**

#### **Variable Única**

- Afrontamiento del estrés

#### **Indicadores**

- Afrontamiento enfocado al problema.
- Afrontamiento enfocado a la emoción

- Afrontamiento enfocado a la percepción.

### **2.5.1. Definición Conceptual de la variable**

#### **Afrontamiento al estrés**

Es el conjunto de medidas que realiza una persona para que no se vea afectada su salud y que traiga como consecuencia problemas para desarrollar sus labores.

### **2.5.2. Definición Operacional de las Variables**

#### **Afrontamiento al estrés**

Cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse al estrés. Sus variables afrontamiento enfocado al problema, Afrontamiento enfocado a la emoción y afrontamiento enfocada a la percepción será medida con un cuestionario para tal fin.

## 2.5.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	N° de ítem	INSTRUMENTO	ESCALA	VALORACIÓN	
<b>V.X.</b> Afrontamiento del estrés	Afrontamiento enfocado al problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afrontamiento activo.</li> <li>• Planificación</li> </ul>	1,14,27,40 2,15,28,41	Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)	ordinal	Nunca=1 A veces=2 Generalmente =3 Siempre=4	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión de Actividades competentes</li> <li>• Postergación</li> </ul>				3,16,29,42 4,17,30,43
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales</li> </ul>				5,18,31,44
		Afrontamiento enfocado a la emoción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de apoyo social, razón emocional.</li> <li>• Reinterpretación positiva y crecimiento</li> <li>• Aceptación.</li> <li>• Acudir a la religión</li> <li>• Negación</li> </ul>				6,19,32,45 7,20,33,46
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfocar y liberar emociones</li> </ul>				8,21,34,47 9,22,35,48 11,24,37,50 10,23,36,49
		afrontamiento enfocada a la percepción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desentendimiento conductual</li> <li>• Desentendimiento mental</li> </ul>				12,25,38,51 13,26,39,52

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIAL DE ESTUDIO**

#### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1. Tipo**

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo, en atención a que se describe la variable independiente, corresponde al método *expos facto* al enfoque cuantitativo y al paradigma positivista. Según el número de variable es estudio es univariable por que se tiene una variable que es afrontamiento del estrés, es un estudio transversal por que se realiza una medición de la variable, según la temporalidad es retrospectiva.

##### **3.1.2. Nivel**

El presente trabajo de investigación es descriptivo. Porque medirá una variable de investigación

#### **3.2. DESCRIPCION DEL ÁMBITO DE INVESTIGACION**

##### **3.2.1. Ubicación espacial**

El presente trabajo se realizó:

En el Club de Diabéticos del Espíritu Santo ubicado en el distrito de Alto Selva Alegre, se encuentra ubicado en la Provincia y Región de Arequipa; situado al Norte este del distrito de Arequipa a una distancia de 02 km de la plaza de armas aproximadamente.

Se ubica a una altitud de 2460 m.s.n.m. entre los meridianos 16°22'14" de Latitud Sur y 71°31'48" de Longitud Oeste, posee una extensión territorial de 6.98 Km<sup>2</sup>, que representa el 10% del área total de la Provincia de Arequipa.

Limita por:

- El oeste: con el distrito de Cayma
- El Noreste con el distrito de Miraflores
- El sur. Cercado de Arequipa

### 3.2.2. Ubicación temporal

El presente estudio tuvo una duración desde el mes de noviembre del 2012 hasta abril del 2014

## 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 3.3.1. Población

La población estuvo constituida por pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, que se encuentran en el club de diabéticos de la parroquia Espíritu Santo.

Están representados en la siguiente tabla:

*Población de pacientes con Diabetes de la Parroquia Espíritu Santo*

Edad	Población	
	fi	%
45 a 60 años	58	29.0
61 a 75 años	103	51.5
76 a mas	39	19.5
Total	200	100.0

**Fuente:** Elaboración propia-2014



### 3.3.2. Muestra

El tipo de muestra fue probabilístico, para ello se halla el tamaño muestral a través de la formula siguiente:

$$n = \frac{E^2 N P Q}{E^2 (N-1) + EPQ}$$

n =Muestra de estudio.

E =Margen de error. (5%)

N =Población de estudio.

P =Probabilidad de acierto.

Q =Probabilidad de error.

Quedando la muestra al 5% de margen de error integrada por 148 pacientes. Por prueba incorrectamente contestada se elimina una unidad de análisis. Para quedar la muestra integrada por 147 pacientes con diabetes en el Club del Diabético Espíritu Santo.

## 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

### 3.4.1. Técnicas

- **Para la variable (X):** Encuesta

### 3.4.2. Instrumentos

**Para la variable (X):** Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)

**Autor:** Carver et al. (1989) (29)

**Descripción del Instrumento**

El instrumento fue desarrollado por Carver et al. (1989), está conformado por 52 ítems y consta de 13 escalas diferentes que corresponden a las 13 estrategias de afrontamiento que los mismos autores proponen. Además, estas estrategias de afrontamiento se encuentran distribuidas en tres estilos:

- (a) afrontamiento enfocado en el problema,
- (b) afrontamiento enfocado en la emoción, y
- (c) afrontamiento evitativo u otros estilos de afrontamiento.

El afrontamiento enfocado en el problema incluye: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación y búsqueda de soporte social instrumental.

El afrontamiento enfocado en la emoción incluye: búsqueda de soporte social emocional, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, acudir a la religión y negación.

Los otros estilos de afrontamiento o afrontamiento evitativo incluyen: desentendimiento cognitivo, desentendimiento conductual y enfocar y liberar emociones.

El COPE está conformado por 52 ítems que cuentan con una escala tipo Likert con una puntuación del 1 al 4. El puntaje 1 equivale a “casi nunca hago esto”, el puntaje 2 “a veces hago esto”, el puntaje 3 “usualmente hago esto” y el puntaje 4 “hago esto con mucha frecuencia”. Sumando los puntajes de los ítems de cada escala se obtienen 13 puntajes, que definen el perfil de afrontamiento, estableciendo una jerarquía de los estilos y las estrategias de afrontamiento más usados.

<b>Variables</b>	<b>No tiene estrategias de afrontamiento</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Alto</b>
Afrontamiento activo	4 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 16
Planificación	4 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 16
Postergación:	4 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 16
Supervisión de actividades competentes	4 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 16
Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales.	4 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 16
<b>Afrontamiento Enfocado al Problema</b>	20 a 35	36 a 50	51 a 65	66 a 80
Búsqueda de apoyo social, razón emocional.	4 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 16
Reinterpretación positiva y crecimiento	4 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 16
Aceptación.	4 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 16
Acudir a la religión	4 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 16
Negación	4 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 16
<b>Afrontamiento Enfocado a la Emoción:</b>	20 a 35	36 a 50	51 a 65	66 a 80
Enfocar y liberar emociones	4 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 16
Desentendimiento conductual	4 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 16
Desentendimiento mental	4 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 16
<b>Afrontamiento Enfocada a la Percepción</b>	12 a 21	22 a 30	31 a 39	40 a 48

### 3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad se obtuvo a través del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach, el cual fue analizado para cada escala. Los valores arrojados fueron altos, oscilando entre 0.60 y 0.92, a excepción de la escala de desentendimiento cognitivo que alcanzó el valor de 0.45. La confiabilidad test-retest tuvo un rango de .42 a .89 para seis semanas y de .46 a .86 para ocho semanas (Carver et al., 1989). En el Perú, Casuso (1996) realizó la adaptación del instrumento en su versión disposicional, aplicándolo a 817 estudiantes de una universidad privada de Lima y otra pública. Se calculó el coeficiente del alfa de Cronbach para cada escala, obteniendo valores que fluctuaron entre 0.40 y 0.86, los cuales fueron inferiores a los valores obtenidos por los autores originales en 1989. La validez se obtuvo mediante el análisis factorial. La estructura factorial encontrada no coincidió con la obtenida originalmente

por los autores, por lo cual la autora realizó una redistribución de los ítems, dando lugar al inventario COPE reorganizado.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCEDIMIENTO DE DATOS**

Para la recolección de datos de la investigación se procederá de la siguiente manera:

- **Sistema de coordinación con autoridades**

Se pidió autorización al representante de la Parroquia Espíritu Santo, para realizar la investigación.

- **La validación de Instrumentos**

El instrumento estuvo validado, por ello solo se crearon los baremos, siguiendo la técnica de Krauss.

- **El sistema de recolección de datos**

Se procedió a recolectar datos en donde se aplicó el cuestionario de afrontamiento del estrés.

- **Procesamiento de la información**

Obtenida la información se realizó el llenado de datos usando el SPSS v.15 para ello se analizó la información considerando la hipótesis, objetivo, general, objetivos específicos y Operacionalización de variables.

- **La presentación de Resultados**

Los resultados fueron expresados mediante tablas en donde se consideró el número de tabla, título de la investigación, la frecuencia y porcentaje y su interpretación.

- **Formulación de conclusiones, sugerencias y propuestas.**

Finalmente se plantearon las debidas conclusiones y sugerencias de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. RESULTADOS

**TABLA 1**

Distribución de frecuencias y porcentajes del sexo según la edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014

			Edad (agrupado)			Total
			45 a 60 años	61 a 75 años	76 a mas	
Sexo	Masculino	fi	19	36	10	65
		%	12.9%	24.5%	6.8%	44.2%
	femenino	fi	22	48	12	82
		%	15.0%	32.7%	8.2%	55.8%
Total	fi	41	84	22	147	
	%	27.9%	57.1%	15.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia 2014.

Al analizar el sexo según la edad, encontramos que en el sexo masculino, entre las edades de los 61 y 75 años, hay el 24.5% de los encuestados; seguido del sexo femenino el entre las edades de 61 a 75 años, con el 32.7 %. Es decir, la mayor parte de la muestra de estudio en varones y mujeres tiene las edades de 61 a 75 años.

**TABLA 2**

Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de Afrontamiento enfocado al problema en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014

Indicadores de Afrontamiento enfocado al problema	Alto		Medio		Baja		No tiene estrategias	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Afrontamiento activo	4	2.72	48	32.65	77	52.38	18	12.24
Planificación	7	4.76	62	42.18	59	40.14	19	12.93
Supervisión de actividades competentes	4	2.72	49	33.33	70	47.62	24	16.33
Postergación	7	4.76	59	40.14	66	44.90	15	10.20
Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	24	16.33	41	27.89	76	51.70	6	4.08

Fuente: Elaboración propia 2014.

Al analizar los indicadores de las estrategias de afrontamiento enfocado al problema, encontramos que los pacientes diabéticos presentan estrategias bajas de afrontamiento activo en el 52,38%. El 42,18% presenta estrategias medias de planificación; el 47.62% presentan estrategias bajas de supervisión de actividades competentes; el 44.90% tiene estrategias de postergación bajas y el 51,70% tiene estrategias altas de búsqueda de apoyo social por razones instrumentales.

Es decir, en general, las estrategias de afrontamiento enfocado al problema en los pacientes diabéticos del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo es bajo y en algunos casos media, existiendo un aproximado del 12% que no tienen estrategias de afrontamiento

**TABLA 3**

Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de Afrontamiento enfocado al problema según sexo y edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014

Indicadores de Afrontamiento enfocado al problema		Sexo n=147				Edad n=147					
		Masculino		femenino		más de 76 años		61 a 75 años		45 a 60 años	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Afrontamiento activo	Alto	2	1.36	2	1.36	0	0.00	4	2.72	0	0.00
	Medio	19	12.93	29	19.73	9	6.12	29	19.73	10	6.80
	Baja	32	21.77	45	30.61	11	7.48	40	27.21	26	17.69
	No tiene estrategias	12	8.16	6	4.08	2	1.36	11	7.48	5	3.40
Planificación	Alto	3	2.04	4	2.72	0	0.00	4	2.72	3	2.04
	Medio	23	15.65	39	26.53	8	5.44	39	26.53	15	10.20
	Baja	23	15.65	36	24.49	12	8.16	29	19.73	18	12.24
	No tiene estrategias	16	10.88	3	2.04	2	1.36	12	8.16	5	3.40
Supervisión de actividades competentes	Alto	3	2.04	1	0.68	0	0.00	2	1.36	2	1.36
	Medio	13	8.84	36	24.49	7	4.76	30	20.41	12	8.16
	Baja	29	19.73	41	27.89	13	8.84	38	25.85	19	12.93
	No tiene estrategias	20	13.61	4	2.72	2	1.36	14	9.52	8	5.44
Postergación	Alto	1	0.68	6	4.08	0	0.00	4	2.72	3	2.04
	Medio	23	15.65	36	24.49	8	5.44	35	23.81	16	10.88
	Baja	31	21.09	35	23.81	12	8.16	38	25.85	16	10.88
	No tiene estrategias	10	6.80	5	3.40	2	1.36	7	4.76	6	4.08
Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	Alto	2	1.36	22	14.97	3	2.04	16	10.88	5	3.40
	Medio	14	9.52	27	18.37	6	4.08	22	14.97	13	8.84
	Baja	43	29.25	33	22.45	12	8.16	42	28.57	22	14.97
	No tiene estrategias	6	4.08	0	0.00	1	0.68	4	2.72	1	0.68

Fuente: Elaboración propia 2014.

Al analizar los indicadores de las estrategias de afrontamiento enfocado al problema según sexo y edad, encontramos que el sexo femenino presenta mejores estrategias de afrontamiento enfocado al problema en casi todos los indicadores, siendo esta diferencia no significativa. Con respecto a la edad, encontramos que entre las edades de los 61 a 75 años son los que mejores estrategias de afrontamiento enfocado al problema presentan en todos los indicadores, siendo esta diferencia no significativa en comparación a las edades comprendidas de 40 a 60 años y los mayores de 76 años.

**TABLA 4**

Distribución de frecuencias y porcentajes del Afrontamiento enfocado al problema en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014

Niveles	Estrategias de Afrontamiento Enfocado al Problema	
	fi	%
Alto	5	3.40
Medio	86	58.50
Baja	40	27.21
No tiene estrategias	16	10.88
Total	147	100.00

Fuente: Elaboración propia 2014.

Al analizar las estrategias de afrontamiento enfocadas al problema, en general encontramos que el 58,50% del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo presentan estrategias medias, un 27,21% estrategias bajas. Es decir, la mayoría de pacientes no presenta estrategias adecuadas para afrontar su enfermedad.



**TABLA 5**

*Distribución de frecuencias y porcentajes del Afrontamiento enfocado al problema según sexo y edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo Arequipa 2014*

Niveles	sexo				Edad						
	Masculino		femenino		más de 76 años		61 a 75 años		45 a 60 años		
	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%	
Estrategias de Afrontamiento enfocado al problema	Alto	0	0.00	5	3.40	0	0.00	4	2.72	1	0.68
	Medio	29	19.73	57	38.78	14	9.52	50	34.01	22	14.97
	Baja	23	15.65	17	11.56	6	4.08	21	14.29	13	8.84
	No tiene estrategias	13	8.84	3	2.04	2	1.36	9	6.12	5	3.40

Fuente: Elaboración propia 2014.

Al analizar las estrategias de afrontamiento en general enfocado al problema según sexo y edad, encontramos que el sexo femenino presenta mejores estrategias de afrontamiento enfocado al problema que los varones. Con respecto a la edad, encontramos que la edad comprendida de 61 a 75 años es la que mejor estrategia de afrontamiento enfocado a su enfermedad presenta.

**TABLA 6**

Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de Afrontamiento enfocado a la emoción en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014

Indicadores de Afrontamiento enfocado a la Emoción	Alto		Medio		Baja		No tiene estrategias	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Búsqueda de apoyo social, razón emocional	17	11.56	47	31.97	62	42.18	21	14.29
Reinterpretación positiva y crecimiento	6	4.08	63	42.86	54	36.73	24	16.33
Aceptación	12	8.16	40	27.21	61	41.50	34	23.13
Acudir a la religión	71	48.30	25	17.01	41	27.89	10	6.80
Negación	0	0.00	25	17.01	92	62.59	30	20.41

Fuente: Elaboración propia 2014.

Al analizar los indicadores de las estrategias de afrontamiento enfocado a la emoción, encontramos que los pacientes diabéticos presentan estrategias bajas de búsqueda de apoyo social (42,18%); el 42,86% presenta estrategias medias de reinterpretación positiva y crecimiento; el 41,50% presentan estrategias de aceptación baja; el 48,30% presenta estrategias altas de acudir a la religión y el 62,59% bajas estrategias de negación.

Es decir, en general, las estrategias de afrontamiento enfocado a la emoción en los pacientes diabéticos del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo es baja y en algunos casos media, existiendo un aproximado del 15% que no tienen estrategias de afrontamiento. Asimismo, encontramos que existe un 48,30% de pacientes que acuden a la religión para afrontar su problema.

**TABLA 7**

Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de Afrontamiento enfocado a la emoción según sexo y edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014

Indicadores de Afrontamiento enfocado a la Emoción		sexo				Edad					
		Masculino		femenino		más de 76 años		61 a 75 años		45 a 60 años	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Búsqueda de apoyo social, razón emocional	Alto	4	2.72	13	8.84	2	1.36	10	6.80	5	3.40
	Medio	18	12.24	29	19.73	12	8.16	21	14.29	14	9.52
	Baja	28	19.05	34	23.13	6	4.08	42	28.57	14	9.52
	No tiene estrategias	15	10.20	6	4.08	2	1.36	11	7.48	8	5.44
Reinterpretación positiva y crecimiento	Alto	3	2.04	3	2.04	0	0.00	4	2.72	2	1.36
	Medio	28	19.05	35	23.81	12	8.16	37	25.17	14	9.52
	Baja	21	14.29	33	22.45	6	4.08	32	21.77	16	10.88
	No tiene estrategias	13	8.84	11	7.48	4	2.72	11	7.48	9	6.12
Aceptación	Alto	7	4.76	5	3.40	3	2.04	5	3.40	4	2.72
	Medio	16	10.88	24	16.33	7	4.76	23	15.65	10	6.80
	Baja	24	16.33	37	25.17	8	5.44	37	25.17	16	10.88
	No tiene estrategias	18	12.24	16	10.88	4	2.72	19	12.93	11	7.48
Acudir a la religión	Alto	34	23.13	37	25.17	12	8.16	39	26.53	20	13.61
	Medio	6	4.08	19	12.93	4	2.72	14	9.52	7	4.76
	Baja	17	11.56	24	16.33	5	3.40	25	17.01	11	7.48
	No tiene estrategias	8	5.44	2	1.36	1	0.68	6	4.08	3	2.04
Negación	Alto	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Medio	8	5.44	17	11.56	5	3.40	14	9.52	6	4.08
	Baja	39	26.53	53	36.05	13	8.84	56	38.10	23	15.65
	No tiene estrategias	18	12.24	12	8.16	4	2.72	14	9.52	12	8.16

Fuente: Elaboración propia 2014.

Al analizar los indicadores de las estrategias de afrontamiento enfocado a la emoción según sexo y edad, encontramos que el sexo femenino presenta mejores estrategias de afrontamiento enfocado a la emoción en casi todos los indicadores, incluido el indicador de acudir a la religión para afrontar su enfermedad, siendo esta diferencia no significativa. Con respecto a la edad, encontramos que la edad comprendida entre los 61 a 75 años son los que mejores estrategias de afrontamiento enfocado a la emoción presentan en todos los indicadores, siendo esta diferencia no significativa en comparación a las edades comprendidas de 40 a 60 años y los mayores de 76 años.

**TABLA 8**

Distribución de frecuencias y porcentajes de las estrategias de Afrontamiento enfocado a la emoción en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014

Niveles	Estrategias de Afrontamiento Enfocado a la Emoción	
	Fi	%
Alto	3	2.04
Medio	86	58.50
Baja	41	27.89
No tiene estrategias	17	11.56

Fuente: Elaboración propia 2014.

Al analizar las estrategias de afrontamiento enfocado a la emoción en general, encontramos que el 58,50% de los diabéticos del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo presentan estrategias medias; un 27,89% estrategias bajas y el 11,56% no presenta estrategias de afrontamiento. Es decir, la mayoría de pacientes no presenta estrategias adecuadas para afrontar su enfermedad desde el punto de vista emocional. La mayoría de ellos deposita sus estrategias de afrontamiento en la religión.

**TABLA 9**

Distribución de frecuencias y porcentajes de Estrategias de Afrontamiento enfocado a la emoción según sexo y edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo ,Arequipa 2014

Niveles		sexo				Edad					
		Masculino		femenino		más de 76 años		61 a 75 años		45 a 60 años	
		fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Estrategias de Afrontamiento enfocado a la Emoción	Alto	2	1.36	1	0.68	0	0.00	0	0.00	3	2.04
	Medio	38	25.85	48	32.65	15	10.20	51	34.69	20	13.61
	Baja	12	8.16	29	19.73	5	3.40	25	17.01	11	7.48
	No tiene estrategias	13	8.84	4	2.72	2	1.36	8	5.44	7	4.76

Fuente: Elaboración propia 2014.

Al analizar las estrategias de afrontamiento en genera, enfocado a la emoción según sexo y edad, encontramos que el sexo femenino presenta mejores estrategias de afrontamiento enfocado a la emoción que los varones. Con respecto a la edad, encontramos que la edades de 61 a 75 años es la que mejor estrategias de afrontamiento enfocado a su enfermedad presenta.

**TABLA 10**

Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de afrontamiento enfocado a la percepción en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo ,Arequipa 2014

Indicadores de Afrontamiento enfocado a la Percepción	Alto		Medio		Baja		No tiene estrategias	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Enfocar y liberar emociones	9	6.12	24	16.33	89	60.54	25	17.01
Desentendimiento conductual	0	0.00	32	21.77	82	55.78	33	22.45
Desentendimiento mental	39	26.53	51	34.69	37	25.17	20	13.61

Fuente: Elaboración propia 2014.

Al analizar los indicadores de las estrategias de afrontamiento enfocado a la percepción, encontramos que los pacientes diabéticos presentan estrategias bajas para enfocar y liberar emociones (60,54%); el 55,78% presenta estrategias bajas de desentendimiento conductual y el 34,69% presentan estrategias media de desentendimiento mental; existiendo asimismo, un 26,53% presenta estrategias altas de desentendimiento mental, es decir, evaden su enfermedad.

Es decir, en general las estrategias de afrontamiento enfocado a la percepción en los pacientes diabéticos del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo es bajo y en algunos casos media, existiendo un aproximado del 16% que no tienen estrategias de afrontamiento. Asimismo, encontramos que existe un 26,53%, equivalente a 39 pacientes que tratan de evadir su enfermedad.

**TABLA 11**

Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de Afrontamiento enfocado a la Percepción según sexo y edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014

Indicadores de Afrontamiento enfocado a la Percepción	sexo				Edad						
	Masculino		femenino		más de 76 años		61 a 75 años		45 a 60 años		
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	
Enfocar y liberar emociones	Alto	1	0.68	8	5.44	2	1.36	4	2.72	3	2.04
	Medio	8	5.44	16	10.88	3	2.04	13	8.84	8	5.44
	Baja	38	25.85	51	34.69	15	10.20	54	36.73	20	13.61
	No tiene estrategias	18	12.24	7	4.76	2	1.36	13	8.84	10	6.80
Desentendimiento conductual	Alto	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Medio	11	7.48	21	14.29	4	2.72	18	12.24	10	6.80
	Baja	33	22.45	49	33.33	13	8.84	50	34.01	19	12.93
	No tiene estrategias	21	14.29	12	8.16	5	3.40	16	10.88	12	8.16
Desentendimiento mental	Alto	15	10.20	24	16.33	5	3.40	21	14.29	13	8.84
	Medio	29	19.73	22	14.97	9	6.12	28	19.05	14	9.52
	Baja	8	5.44	29	19.73	6	4.08	26	17.69	5	3.40
	No tiene estrategias	13	8.84	7	4.76	2	1.36	9	6.12	9	6.12

Fuente: Elaboración propia 2014.

Al analizar los indicadores de las estrategias de afrontamiento enfocado a la percepción según sexo y edad, encontramos que el sexo femenino presenta mejores estrategias de afrontamiento enfocado a la percepción en casi todos los indicadores, excepto en el indicador desentendimiento mental, donde los varones son los que pareciera que evaden su enfermedad mayormente; sin embargo, estas diferencias no son significativas. Con respecto a la edad,

encontramos que la edad comprendida entre los 61 a 75 años son los que mejores estrategias de afrontamiento enfocado a la percepción presentan en todos los indicadores, siendo esta diferencia no significativa en comparación a las edades comprendidas de 40 a 60 años y los mayores de 76 años.



**TABLA 12**

*Distribución de frecuencias y porcentajes de estrategias de Afrontamiento enfocado a la Percepción en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014*

Niveles	Estrategias de Afrontamiento Enfocado a la Percepción	
	fi	%
Alto	1	0.68
Medio	85	57.82
Baja	41	27.89
No tiene estrategias	20	13.61
Total	147	100

Fuente: Elaboración propia 2014.

Al analizar las estrategias de afrontamiento enfocado a la percepción en general encontramos que el 57,82% del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo presentan estrategias medias, un 27,89% estrategias bajas y el 13,61% no presenta estrategias de afrontamiento. La mayoría de pacientes no presenta estrategias adecuadas para afrontar su enfermedad desde el punto de vista perceptual. Es decir, la mayoría de los pacientes no tiene una percepción adecuada de su enfermedad, y muchos de ellos se desentienden o evaden su problema.

**TABLA 13**

Distribución de frecuencias y porcentajes de Indicadores de Afrontamiento enfocado a la Percepción según sexo y edad en pacientes con diabetes del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo, Arequipa 2014

Niveles		sexo				Edad					
		Masculino		femenino		más de 76 años		61 a 75 años		45 a 60 años	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Estrategias de Afrontamiento enfocado a la Percepción	Alto	0	0.00	1	0.68	0	0.00	1	0.68	0	0.00
	Medio	35	23.81	50	34.01	11	7.48	46	31.29	28	19.05
	Baja	17	11.56	24	16.33	9	6.12	28	19.05	4	2.72
	No tiene estrategias	13	8.84	7	4.76	2	1.36	9	6.12	9	6.12

Fuente: Elaboración propia 2014.

Al analizar las estrategias de afrontamiento en general enfocado a la percepción según sexo y edad, encontramos que el sexo femenino presenta mejores estrategias de afrontamiento enfocado a la percepción que los varones. Con respecto a la edad, encontramos que la edad comprendida de 61 a 75 años es la que mejor estrategias de afrontamiento enfocado a su enfermedad presenta.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSION**

#### **5.1. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

En los países que han logrado alcanzar niveles positivos de salud, el cuadro de morbi-mortalidad ha experimentado cambios notables. Las enfermedades infecciosas han cedido su lugar a las enfermedades crónicas no transmisibles como: las cardiovasculares, tumores malignos, cerebrovasculares y la diabetes mellitus. Estos padecimientos tienen una relación directa con el comportamiento y los estilos de vida de las personas, lo que ha contribuido a llamar la atención sobre el papel determinante que los factores psicológicos, sociales, culturales y económicos tienen en el proceso salud – enfermedad.

La Diabetes Mellitus es reconocida internacionalmente como un problema creciente de salud, calculándose que cada año 3,2 millones de muertes son atribuidas a esta causa, 8700 personas fallecen cada día y se producen 6 muertes cada minuto. El número de personas con diabetes mellitus en el planeta en el año 2000 era de 150 millones, de continuar las tendencias actuales, para el 2025 se alcanzará la alarmante cifra de 300 millones. Se calcula que las muertes por diabetes aumentarán en más de un 50 % en los próximos 10 años si no se toman medidas urgentes.

En ese sentido, al analizar la influencia del estrés percibido sobre estrategias de afrontamiento, se encontró que el estrés percibido influye negativamente sobre las estrategias de afrontamiento. Callista Roy, señala que el afrontamiento es la manera como una persona responde o experimenta una crisis o eventos extremadamente difíciles. De acuerdo con Callista Roy, el estrés como estímulo contextual afecta al proceso cognitivo de adaptación de la persona con diabetes a través de los conductos cognitivo-emotivos, afectando habilidades en la solución de problemas, juicio, emoción, búsqueda de resultados, creatividad y manejo de situaciones, mostró que el estrés afecta negativamente al estado de salud y por ende a la calidad de vida de las personas con diabetes.

Los resultados encontrados con respecto a las estrategias de afrontamiento enfocadas al problema, nos indican que los pacientes diabéticos presentan leves estrategias de afrontamiento activo (52,38%), el 42,18% presenta estrategias de planificación media, el 47,62% presentan estrategias de supervisión de actividades competentes, el 44,90% presenta estrategias de postergación baja y el 51,70% estrategias de búsqueda baja de apoyo social por razones instrumentales. Asimismo, encontramos que el 58,50% de los diabéticos del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo presentan estrategias media y un 27,21% estrategias bajas. El sexo femenino presenta mejores estrategias de afrontamiento enfocado al problema que los varones. Con respecto a la edad, encontramos que la comprendida entre los 61 a 75 años es la que mejor estrategias de afrontamiento enfocado a su enfermedad presenta. Datos que se relacionan con los encontrados por Cabrera Fuentes, VS. (2007)(27) quien indica que el afrontamiento centrado en el problema prima para todos los niveles de autoestima ya sea alta, media o baja, lo cual puede ser interpretado como una respuesta positiva y constructiva ante la enfermedad. Las estrategias de afrontamiento más frecuentes fueron reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y huída-avoidance; como se puede observar, se mezclan ambos estilos en busca de las estrategias más efectivas.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento enfocado a la emoción, encontramos que los pacientes diabéticos presentan leves estrategias de búsqueda de apoyo social (42,18%), el 42,86% presenta estrategias moderadas de reinterpretación positiva y crecimiento, el 41,50% presentan estrategias leves de aceptación, el 48,30% presenta estrategias altas de acudir a la religión y el 62,59% leves estrategias de negación, asimismo, que el 58,50% de los diabéticos del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo presentan estrategias moderadas, un 27,89% estrategias leves y el 11,56% no presenta estrategias de afrontamiento, El sexo femenino presenta mejores estrategias de afrontamiento enfocado a la emoción que los varones. Con respecto a la edad, encontramos que la edad comprendida de 61 a 75 años es la que mejor estrategias de afrontamiento enfocado a su enfermedad presenta; datos que se relacionan con los encontrados por Selmes Jacques y Selmes

Micheline Antoine (2000) con respecto a los enfermos con diabetes que emplean un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, se puede afirmar que mostraron un perfil psicológico con un mayor grado de ansiedad y niveles de depresión. En el caso de las personas con diabetes las estrategias de afrontamiento tienen un impacto directo en la calidad de vida y que aquellas estrategias empleadas a resolver el problema con una actitud con el personal de enfermería.

Finalmente, al analizar las estrategias de afrontamiento enfocado a la percepción, encontramos que los pacientes diabéticos presentan leves estrategias de enfocar y liberar emociones (60,54%), el 55,78% presenta estrategias leves de desentendimiento conductual y el 34,69% presentan estrategias moderadas de desentendimiento mental; existiendo asimismo un 26,53% que presenta estrategias altas de desentendimiento mental, es decir, evade su enfermedad. Asimismo, encontramos que el 57,82% de los diabéticos del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo presentan estrategias moderadas, un 27,89% estrategias leves, el 13,61% no presenta estrategias de afrontamiento. Es decir, la mayoría de pacientes no presenta estrategias adecuadas de afrontar su enfermedad desde el punto de vista perceptual. Es decir, la mayoría de los pacientes no tiene una percepción adecuada de su enfermedad, y muchos de ellos se desentienden o evade su problema; datos que se corroboran con los encontrados por Cabrera Fuentes, VS. (2007)

Los resultados de esta investigación es que se ha encontrado que aquellas estrategias de afrontamiento centradas en el problema tienen una mejor adaptación y control sobre la enfermedad y además de un bienestar psicosocial mejor percibido por el enfermo crónico, en lo que se traduce en una mejor calidad de vida; mientras que aquellas estrategias centradas en la emoción tienen una percepción de fatalismo, catarsis y desadaptación a la enfermedad y además de un apego en la religión; mientras que los que utilizan las estrategias enfocadas en la percepción, son aquellos que evitan enfrentar su problema.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Con respecto a las estrategias de afrontamiento enfocado al problema en general, encontramos que el 58,50% de los diabéticos del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo presentan estrategias moderadas y un 27,21% estrategias leves. Es decir, la mayoría de pacientes no presenta estrategias adecuadas de afrontar su enfermedad.

**SEGUNDA:** Con respecto a las estrategias de afrontamiento enfocado a la emoción en general, encontramos que el 58,50% de los diabéticos del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo presentan estrategias moderadas, un 27,89% estrategias leves y el 11,56% no presenta estrategias de afrontamiento. La mayoría de ellos deposita sus estrategias de afrontamiento en la religión.

**TERCERA:** Con respecto a las estrategias de afrontamiento enfocado a la percepción en general, encontramos que el 57,82% de los diabéticos del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo presentan estrategias moderadas, un 27,89% estrategias leves y el 13,61% no presenta estrategias de afrontamiento. La mayoría de los pacientes no tiene una percepción adecuada de su enfermedad, y muchos de ellos se desentienden o evade su problema.

**QUINTA.** Con respecto a las estrategias de afrontamiento al estrés en general, encontramos que el 58,27% de los diabéticos del Club de Diabéticos de la Parroquia Espíritu Santo presentan estrategias moderadas, un 27,66% estrategias leves, comprobándose de esta manera la hipótesis de investigación, donde los pacientes diabéticos no afrontan adecuadamente su estrés.

## RECOMENDACIONES

1. Desarrollar programas para modificar los estilos de vida inadecuados presentes en los pacientes diabéticos. Asimismo, implementar programas educativos que incluyan el aspecto psicológico para elevar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.
2. Realizar un proceso de valoración sistemática y premeditado basado en un plan para recoger y organizar la información sobre conocimientos, actitudes y comportamientos relativos a la enfermedad, de forma que facilite la evaluación de salud y el diagnóstico enfermero para la planificación de la atención y de educación para la salud.
3. La limitación de la investigación es que algunos adultos mayores presentaron rechazo a la aplicación de los instrumentos de investigación, recomendando por ello que no solo se apliquen las encuestas sino que se entreguen los resultados a la institución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jara Albarán. "Manual del Diabético". Barcelona: Boehringer Mannheim S. A. 2001.
2. AFAGI (Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Guipúzcoa) "Manual de Formación para Cuidadores y para Familiares de Pacientes Afectados de Diabetes Mellitus tipo II ". 2009.
3. Asociación de Familiares de Diabetes Mellitus tipo II y otras Enfermedades Neurodegenerativas Asociadas a la Edad. México. Alcalá de Henares. 2010.
4. Bensabat, Soly. "Stress". Bilbao: Mensajero. 2001
5. Bowlby J. "Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y perdida". Madrid: Morata. 2008
6. Branden. "Como mejorar su Autoestima". Barcelona: Paidós. 2006.
7. Cañizo F. J. "Diabetes Mellitus. Teoría y práctica". Barcelona: Boehringer Mannheim S.A. 2004.
8. Federación de Asociaciones de enfermos de Alzheimer. En Casa tenemos un Enfermo de Diabetes Mellitus tipo II. México. 2005.
9. Gnecco Mozo, F. La Diabetes en la Práctica. Bogotá: Cromos. Bogotá. 2001.
10. Díaz, F. y Delgado, A. "Diabetes Tipo 2. Manual para Atención Primaria". Abbott Científica Medinense. 2004.
11. Kirsta, A. "Superar el Estrés". Barcelona: Integral. 2005.
12. Latorre G. "Clasificación y diagnóstico en diabetes mellitus". Med Lab. 2001.
13. Lindefield S. "Autoestima". Barcelona: Plaza y Janés. 2007.
14. Valdés Miyar, M. "Diabetes Mellitus tipo II. Texto revisado". Barcelona: Masson. 2002.
15. MERCK. "Manual Merck de Medicina". Undécima Edición. 2011.



16. Montoya F., Bedoya C. y colaboradores. "Determinación de marcadores genéticos en pacientes con diabetes tipo II y población sana". Acta Méd Col. 2004.
17. Morales, A. "El paciente diabético". Rev Col Anestesiología. 2006.
18. Narrow, W.E. "Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico". Barcelona: Elsevier-Masson. 2009.
19. Nursing Photobook. "Cuidados Geriátricos en Enfermería". Barcelona: Doyma. 2001.
20. Orrego A. "Tratamiento ambulatorio de la diabetes". Cali: Editorial XYZ. 2004.
21. Phillips, K. A. & First, M. B. & Pincus, H. A. "Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico". Barcelona: Elsevier-Masson. 2004-2005.
22. Sánchez-Medina M, Cortázar J. "Diabetes Mellitus en Colombia". Rev Soc Col Endocrinol. 2005.
23. Selmes Jacques y Selmes Micheline Antoine. "Vivir con la Enfermedad de Diabetes Mellitus". Edición en Español. Francia 2000.
24. Selmes Jacques y Selmes Micheline Antoine. "Cuadernos y apuntes de Enfermería". Edición en Español. Francia 2001.
25. Suárez Díaz, Reinaldo. "La Educación". México: Trillas. 2006.
26. Ziegler E. E., Filer L. J. "Conocimientos actuales sobre Nutrición". 7ª edición. ILSI Washington D. C. 2005.
27. Cabrera Fuentes, VS. "Influencia de la Práctica del Autocuidado de la Salud en la Calidad de Vida de los Pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el Hospital III de Yanahuara de Essalud". 2007.

28. Nuñez Collazco JI. "Repercusión de la práctica del autocuidado de la salud en la satisfacción de las necesidades de salud de los pacientes con Diabetes Mellitus del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter". 2008
29. Lazcano Ortiz, M. "Estrés, afrontamiento y adaptación psicosocial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2" Universidad Autónoma de Nuevo León. Tesis. 2006.
30. Patilla Vila C. "Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento". Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis. 2011.
31. Fierro, A. "La alianza cognitivo-conductual y la psicología de la acción". En: A. Fierro (Ed.), Manual de Psicología de la personalidad. Barcelona: Paidós.(2006)
32. Quesada Carcelén, E. "Breve marco teórico sobre el estrés. Mitos acerca del estrés". Jornadas formativas del CILSE-CyL, Palencia 13 de marzo de 2004
33. Fierro, A. "Estrés, afrontamiento y adaptación. En: María Isabel Hombrados (comp.), Estrés y salud, Valencia: Promolibro, pp. 9-38. 2009

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO DE ESTIMACIÓN DE AFRONTAMIENTO

#### 1.- De Afrontamiento Enfocado al Problema

**Puntaje**

##### **Afrontamiento activo**

4 – 16 Ptos.

- Hago mucho esfuerzo con tal de superar este problema.
- Dedico todas mis fuerzas para hacer algo en relación al problema.
- Hago paso a paso lo que tiene que hacerse para solucionar el problema.
- Pienso como puedo manejar mejor el problema.

##### **Planificación**

4 – 16 Ptos.

- Trato de encontrar cuales son los pasos que tengo que dar para solucionar este problema.
- Frente a los problemas pienso bien en las cosas que tengo que hacer para solucionarlas.
- Pienso bien que cosas tengo que hacer para solucionar el problema.
- Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos para poder arreglar el problema.

4 – 16 Ptos.

##### **Supervisión de actividades competentes:**

- Dejo todo de lado para dedicarme al problema.
- Me dedico totalmente a este asunto, si hace falta dejo de lado otras cosas.
- Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.
- Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente.

4 – 16 Ptos.

##### **Postergación:**

- Me esfuerzo a esperar el momento adecuado para encontrarle una solución a esto que estoy viviendo.
- No hago nada hasta que la situación me lo permita.
- Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.
- Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente.

4 – 16 Ptos.

##### **Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales:**

- Le pregunto a aquellas personas que han pasado por experiencias parecidas que cosa hicieron.
- Busco alguien que me aconseje que es lo que tengo que hacer.

- Hablo con quien pueda darme más información sobre la situación que estoy viviendo.
- Hablo con quien pueda hacer algo preciso sobre el problema.

## **2. De afrontamiento Enfocado a la Emoción:**

### **Búsqueda de apoyo social, razón emocional:**

4 – 16 Ptos.

- Le cuento a alguien como me siento.
- Le pido a Dios que me ayude.
- Le cuento a alguien como me siento.
- Voy donde alguien que me acepte y me comprenda.

### **Reinterpretación positiva y crecimiento**

4 – 16 Ptos.

- Trato de encontrar el lado bueno de lo que estoy viviendo.
- Busco otras formas de entender el problema para que se vea más favorable.
- Saco algún provecho de lo que me esta pasando.
- Trato de que esta experiencia me sirva para cambiar.

### **Aceptación:**

4 – 16 Ptos.

- Aprendo a vivir con este problema.
- Acepto lo que paso y que no puedo cambiarlo.
- Me hago la idea de que el problema ya sucedió.
- Acepto la realidad de lo que sucedió.

### **Acudir a la religión**

4 – 16 Ptos.

- Le pido a Dios que me ayude.
- Pongo mi confianza en Dios.
- Trato de encontrar consuelo en mi religión.
- Rezo más que de costumbre

### **Negación :**

4 – 16 Ptos.

- Me resisto a creer que esto me haya pasado.
- Me hago la idea de que nada a pasado.
- Hago como si nada hubiera pasado.
- Me digo “no puedo creer que esto me este pasando”

## **3. De Afrontamiento Enfocada a la Percepción:**

### **Enfocar y liberar emociones:**

4 – 16 Ptos.

- Me molesto y expreso todo lo que siento
- Dejo salir todo lo que siento.
- Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento.

- Pierdo el control y me doy cuenta de ello.

**Desentendimiento conductual:**

4 – 16 Ptos.

- Ya no hago ningún esfuerzo para conseguir lo que quiero.
- Dejo de insistir en lograr lo que quería.
- Reconozco que no puedo con el problema y ya no trato de resolverlo.
- Reduzco los esfuerzos que dedico a la solución del problema.

**Desentendimiento mental**

- Me pongo a trabajar o hacer cualquier cosa para no pensar en el problema. 4 – 16 Ptos.
- Voy a pasear y veo TV. para no pensar tanto en el problema.
- Sueño despierto sobre otras cosas diferentes al problema.
- Duermo más de lo acostumbrado.

**CALIFICACIÓN DE LAS RESPUESTAS**

<b>A. Afrontamiento Enfocado al Problema:</b>	<b>Ítems</b>	<b>Puntaje</b>
Afrontamiento activo	(1,14,27,40)	4–16 Ptos.
Planificación	(2,15,28,41)	4–16 Ptos.
Postergación:	(3,16,29,42)	4–16 Ptos.
Supervisión de actividades competentes	(4,17,30,43)	4–16 Ptos.
Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales.	(5,18,31,44)	4–16 Ptos.
<b>B. Afrontamiento Enfocado a la Emoción:</b>		
Búsqueda de apoyo social, razón emocional.	(6,19,32,45)	4–16 Ptos.
Reinterpretación positiva y crecimiento	(7,20,33,46)	4–16 Ptos.
Aceptación.	(8,21,34,47)	4–16 Ptos.
Acudir a la religión	(9,22,35,48)	4–16 Ptos.
Negación	(11,24,37,50)	4–16 Ptos.
<b>C. Afrontamiento Enfocada a la Percepción:</b>		
Enfocar y liberar emociones	(10,23,36,49)	4–16 Ptos.
Desentendimiento conductual	(12,25,38,51)	4–16 Ptos.
Desentendimiento mental	(13,26,39,52)	4–16 Ptos.
	<b>Puntaje</b>	<b>Puntaje</b>
	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Estrategias de afrontamiento enfocados al problema	20	80
Estrategias de afrontamiento enfocados a la emoción	20	80
Estrategias de afrontamiento enfocados a la percepción	12	48

**Criterio de Evaluación:**

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

Nunca : 1

A veces : 2

Generalmente : 3

Siempre : 4

## ANEXO 2

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

#### TITULO: AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON DIABETES DEL CLUB DE DIABÉTICOS DE LA PARROQUIA ESPIRITU SANTO. AREQUIPA 2013.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	TIPO Y DISEÑO	MUESTRA	INSTRUMENTOS
<p><b>Problema general</b> ¿Cuál es el nivel de afrontamiento del estrés de los pacientes con Diabetes Mellitus II del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar el nivel de afrontamiento al estrés en los pacientes con Diabetes Mellitus II atendidos en el Club del Diabético de la Parroquia del Espíritu Santo. Arequipa, 2013</p>	<p><b>Hipótesis general</b> Dado que la diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad que afecta a la dimensión psicoemocional produciendo estrés en los pacientes que la padecen.</p> <p>Es probable que los pacientes del club de diabéticos de la parroquia "Espíritu Santo" no afronten adecuada y oportunamente el estrés producido por la Diabetes Mellitus tipo II</p>	<p><b>VARIABLE X</b> Afrontamiento del estrés</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afrontamiento enfocado al problema.</li> <li>• Afrontamiento enfocado a la emoción</li> <li>• Afrontamiento enfocada a la percepción</li> </ul>	<p><b>Tipo</b> El tipo de investigación es descriptivo, corresponde al método expost facto, enfoque cuantitativo, paradigma positivista, univariado, retrospectivo de campo.</p> <p><b>Diseño</b> No experimental, descriptivo transversal: n: → Ox.</p>	<p><b>Población</b> constituida por pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, que se encuentran en el club de diabéticos de la parroquia Espíritu Santo.</p> <p><b>Muestra</b> no probabilístico de carácter censal, porque se realiza el estudio con toda la población de 200 pacientes</p> <p><b>Criterio de inclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos de ambos</li> </ul>	<p>Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)</p>



<p><b>Problemas específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el nivel de afrontamiento de estrés enfocado al problema en los pacientes con Diabetes Mellitus II del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de afrontamiento de estrés enfocado a la emoción en los pacientes con Diabetes Mellitus II del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de afrontamiento de estrés enfocada a la percepción en los pacientes con Diabetes Mellitus II del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo?</li> </ul>	<p><b>Objetivos específico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el nivel de afrontamiento de estrés enfocado al problema en los pacientes con Diabetes Mellitus II del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo.</li> <li>• Determinar el nivel de afrontamiento de estrés enfocado a la emoción en los pacientes con Diabetes Mellitus II del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo.</li> <li>• Determinar el nivel de afrontamiento de estrés enfocada a la percepción en los pacientes con Diabetes Mellitus II del Club de Diabéticos de la Parroquia del Espíritu Santo</li> </ul>	<p><b>Hipótesis específicas</b></p>			<p>sexos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertenecient es al club de diabéticos.</li> <li>• Asistente al club de diabéticos</li> </ul>	
---	---	-------------------------------------	--	--	---	--

## MAPAS DE UBICACIÓN

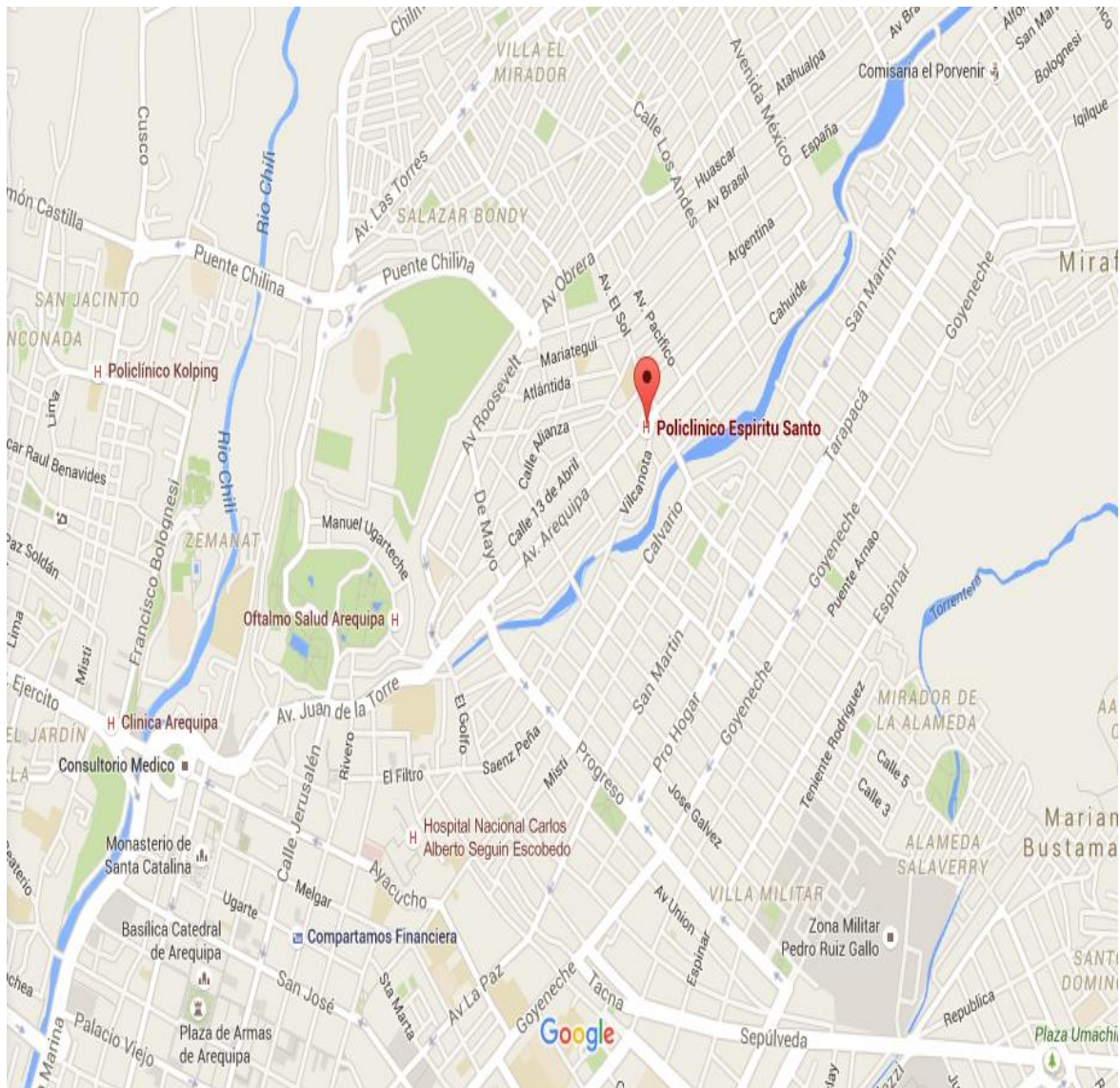
### MAPA DEL PERÚ



## MAPA DE AREQUIPA



## MAPA DEL DISTRITO



## PROGRAMA EDUCATIVO

**Nombre:** Intervención en educación dietética y ejercicio físico en diabéticos.

**Responsable:** Investigadora

### Fundamentación

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico que resulta de un defecto en la secreción de insulina y/o la acción de la insulina. Entre las complicaciones a largo plazo se encuentra la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía. Además conlleva un importante riesgo de enfermedad cardiovascular. El resultado final condiciona que las personas con DM2 tengan entre 2 y 4 veces más de riesgo de enfermedad cardiovascular que la población general y que entre un 50 y un 80% de las personas con diabetes fallezcan por enfermedad cardiovascular.

También la obesidad continúa en aumento en el mundo desarrollado; el 56% de los adultos tienen sobrepeso y aproximadamente el 20% es obeso. Definiendo sobrepeso como un índice de masa corporal (IMC) de 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> y la obesidad como un IMC igual o superior a 30 kg/ m<sup>2</sup>. Tanto la obesidad como el sobrepeso son los principales factores de riesgo de diabetes y cada aumento de 1 kg del peso promedio se asocia a un aumento relativo del 9% de la prevalencia de diabetes. El 89% de las personas con diabetes tipo 2 son obesos y la obesidad empeora las anomalías metabólicas y fisiológicas asociadas a la diabetes, en particular la hiperglucemia, la hiperlipidemia y la hipertensión arterial.

Actualmente hay pruebas inequívocas de que la DM-2 puede prevenirse o al menos demorarse mediante medidas dietéticas, que generalmente dan como resultado la pérdida de peso y una mayor actividad física en aquellos individuos con alto riesgo de progresar a diabetes. El United States Prevention Program informó de una reducción del 58% en la incidencia de diabetes en pacientes, cuando los participantes recibieron un tratamiento con la intervención sobre el estilo de vida, en comparación con una reducción del 31% en la incidencia de diabetes para los participantes tratados con metformina.

La pérdida de peso y el control son los objetivos clave para las personas diabéticas. La pérdida de peso mejora la sensibilidad a la insulina y el control glucémico, los perfiles de lípidos, la presión arterial, la salud mental y la calidad de vida. Incluso, la pérdida de peso intencional y moderada mantenida durante el transcurso del tiempo puede asociarse a una reducción de la mortalidad. Durante muchos años se recomendó que los pacientes con diagnóstico de DM-2 fueran tratados con régimen dietético y que los pacientes con sobrepeso lograran una pérdida de peso. De hecho, la dieta es generalmente el primer tratamiento indicado tras el diagnóstico de diabetes tipo 2 y se mantiene después del agregado de otras intervenciones.

Es difícil definir las medidas efectivas de control de peso para las poblaciones generales a largo plazo. La mayoría de los pacientes obesos recuperan la mayor parte del peso que inicialmente perdió en intervenciones exitosas, generalmente en de 2 a 5 años. Aun cuando la pérdida de peso se logra efectivamente mediante un tratamiento conductual multifactorial y coherente durante seis meses o más, generalmente un tercio de la pérdida de peso se recupera al año siguiente. En cuanto al ejercicio, éste se ha recomendado por mucho tiempo, además de la modificación de los regímenes dietéticos y la medicación, como uno de los tres componentes principales para el tratamiento de la diabetes. Se aconseja a las personas con diabetes tipo 2 que aumente su actividad física, porque los estudios en personas sin diabetes sugieren que puede reducir la hiperglucemia y la grasa corporal, y mejorar la protección contra la aparición de complicaciones cardiovasculares.

El bajo costo y la naturaleza no farmacológica del ejercicio mejoran su interés terapéutico. El ejercicio físico es beneficioso por la pérdida de peso que origina. Pero, incluso sin pérdida de peso alguna, el ejercicio puede ser beneficioso: un único módulo de ejercicios baja los niveles de glucosa en plasma y aumenta la sensibilidad a la insulina. Algunos de los beneficios del entrenamiento pueden deberse a las mejorías agudas repetidas que siguen a las sesiones de ejercicio individual.

## Objetivos del programa

### a. Objetivo General

Determinar si una intervención educativa sanitaria modifica los hábitos alimentarios y actividad física de los diabéticos tipo 2 mal controlados.

### b. Objetivos Específicos

- Evaluar la permanencia en el tiempo de los cambios obtenidos.
- Determinar los factores asociados a una buena respuesta tras una intervención dietética en dieta y ejercicio.
- Evaluar la mejora del control metabólico en los pacientes que reciben la intervención.

### DESARROLLO DEL PROGRAMA

- **TALLER 1:** 1er taller de ejercicio físico: beneficios del ejercicio físico; consejos generales para la práctica saludable del ejercicio físico y particularidades en los pacientes diabéticos; importancia de actividad física en la pérdida de peso y control metabólico; componentes y tipos de ejercicio físico (aeróbico, fuerza y flexibilidad), métodos para reconocer la intensidad del ejercicio que estamos realizando. Entrega a cada paciente de una prescripción de ejercicio semanal: donde se le explicaba el tiempo que debe dedicar a cada tipo de ejercicio.

En ella había descripción con fotos de los ejercicios de fuerza. Entrega de podómetros a aquellos participantes que elijan como ejercicio aeróbico el caminar, y pulsímetros a aquellos que elijan como ejercicio aeróbico otros (bicicleta, correr, etc.). A los pacientes que elijan el caminar como ejercicio se le indicará la progresión temporal que deben realizar en número de pasos y a los elijan otros ejercicios se le indicará las frecuencias cardíacas máxima y mínima para realizar un ejercicio eficaz.

Entrega a los pacientes de banda elástica para realizar los ejercicios de fuerza.

- **TALLER 2:** 2º taller de ejercicio físico. Comentarios y dudas acerca de la actividad física realizada durante la semana anterior. Uso de pulsímetros

y podómetros. Proyección de vídeos de ejercicios de técnica para andar correctamente, ejercicios de fuerza con material, ejercicios de fuerza-resistencia, ejercicios de estiramientos para realizar en casa con objetos domésticos. Métodos para incluir la actividad física en nuestra rutina diaria. Pequeños gestos que nos ayudan a combatir el sedentarismo. Progresión que se debe seguir a partir de ahora en el incremento de la actividad física. Información sobre los distintos pabellones municipales y otras entidades que ofrecen actividades deportivas.

- **TALLER 3:** 1er taller de alimentación: Descripción de la diabetes. Concepto y expectativas que tienen los pacientes acerca de la enfermedad. Complicaciones a corto, medio y largo plazo de la misma. Papel que juega la dieta, el peso y la actividad física en el control de la glucemia. Equilibrio entre la ingesta calórica y la actividad física realizada. Pirámide alimentaria. Entrega a cada paciente de una pirámide alimentaria para colgar en la nevera y una plantilla para la realización de ejercicio práctico: detallar los alimentos ingeridos durante 24 horas.
- **TALLER 4:** 2º taller de alimentación: Categorías alimentarias y distribución diaria de las mismas, hidratos de carbono de absorción rápida y lenta, edulcorantes y productos para diabéticos. Entrega a cada paciente de material informativo acerca de: hidratos de carbono de absorción rápida y lenta, consejo dietético, equivalencia de raciones, recuerdo de actividad física y libro de recetas saludables.
- **TALLER 5:** 3er taller de alimentación: Influencia de la obesidad y sobrepeso en el control de la diabetes. Consejos y métodos para controlarlo. Dietas “milagro”. Consejos sobre el consumo de bebidas, asistencia a celebraciones y las situaciones de enfermedad.



## **CONTENIDO DE LOS TALLERES**

### **TALLER 1: 1er taller de ejercicio físico.**

#### **Contenidos:**

- Beneficios del ejercicio físico.
- Consejos generales para la práctica saludable del ejercicio físico y particularidades en los pacientes diabéticos.
- Importancia de actividad física en la pérdida de peso y control metabólico.
- Componentes y tipos de ejercicio físico (aeróbico, fuerza y flexibilidad).
- Métodos para reconocer la intensidad del ejercicio que estamos realizando.

#### **Metodología:**

- Método expositivo con ayuda de presentación de power point y de visionado de videos explicativos.
- Método demostrativo enseñando la realización de ejercicios.

#### **Material:**

- Entrega a cada paciente de una prescripción de ejercicio semanal: donde se le explica cada paciente tiempo debe dedicar a cada tipo de ejercicio. En ella hay descripción con fotos de los ejercicios de fuerza.
- Entrega a los pacientes de banda elástica para realizar los ejercicios de fuerza.
- Entrega de podómetros a aquellos participantes que elijan como ejercicio aeróbico el caminar, y pulsímetros a aquellos que elijan como ejercicio aeróbico otros (bicicleta, correr, etc.).
- A los pacientes que elijan el caminar como ejercicio se le indicará la progresión temporal que deben realizar en número de pasos y a los que elijan otros ejercicios se le indicará las frecuencias cardiacas máxima y mínima para realizar un ejercicio eficaz.

## **TALLER 2: 2º taller de ejercicio físico.**

### **Contenidos:**

- Comentarios y dudas acerca de la actividad física realizada durante la semana anterior.
- Uso de pulsímetros y podómetros.
- Proyección de vídeos de ejercicios de técnica para andar correctamente, ejercicios de fuerza con material, ejercicios de fuerza- resistencia, ejercicios de estiramientos para realizar en casa con objetos domésticos.
- Métodos para incluir la actividad física en nuestra rutina diaria. Pequeños gestos que nos ayudan a combatir el sedentarismo.
- Progresión que se debe seguir a partir de ahora en el incremento de la actividad física.
- Información sobre los distintos pabellones municipales y otras entidades que ofrecen actividades deportivas.
- Resumen de lo aprendido.

### **Metodología:**

- Método expositivo con ayuda de presentación de power point y de visionado de videos explicativos.
- Método demostrativo enseñando la realización de ejercicios.

### **Material:**

- Entrega a cada paciente de un folleto sobre la técnica para caminar correctamente.

### **TALLER 3:** 1er taller de alimentación:

#### **Contenidos:**

- Descripción de la diabetes.
- Concepto y expectativas que tienen los pacientes acerca de la enfermedad.
- Complicaciones a corto, medio y largo plazo de la misma.
- Papel que juega la dieta, el peso y la actividad física en el control de la glucemia.
- Equilibrio entre la ingesta calórica y la actividad física realizada.
- Pirámide alimentaria.

#### **Metodología:**

- Método expositivo con ayuda de presentación de power point y de visionado de videos explicativos.

#### **Material:**

- Entrega a cada paciente de una pirámide alimentaria para colgar en la nevera y una plantilla para la realización de ejercicio práctico: detallar los alimentos ingeridos durante 24 horas.

### **TALLER 4:** 2º taller de alimentación.

#### **Contenidos:**

- Categorías alimentarias y distribución diaria de las mismas.
- Hidratos de carbono de absorción rápida y lenta.
- Edulcorantes y productos para diabéticos.
- Preparación de los alimentos.

#### **Metodología:**

- Método expositivo con ayuda de presentación de power point y de visionado de videos explicativos.
- Exposición del registro diario de consumo de alimentos, y análisis de los aciertos y errores cometidos.

**Material:**

- Entrega a cada paciente de material informativo acerca de: hidratos de carbono de absorción rápida y lenta, consejo dietético, equivalencia de raciones, recuerdo de actividad física y libro de recetas saludables.

**TALLER 5:** 3er taller de alimentación:**Contenidos:**

- Dificultades encontradas para realizar la dieta correctamente. Métodos utilizados para cumplirla.
- Influencia de la obesidad y sobrepeso en el control de la diabetes. Consejos y métodos para controlarlo.
- Dietas “milagro”.
- Consejos sobre el consumo de bebidas, asistencia a celebraciones y las situaciones de enfermedad.

**Metodología:**

- Método expositivo con ayuda de presentación de power point y de visionado de videos explicativos.
- Ejercicio práctico consistente en identificar que tipo de nutrientes contiene cada alimentos y en la elección de alimentos para cada comida del día.

**Material:**

Alimentos de plástico para la realización del ejercicio práctico.

**EVALUACIÓN**

Del desarrollo de cada Taller