

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Enfermería**

**"FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL AFRONTAMIENTO Y PROCESO  
DE ADAPTACIÓN EN PACIENTES ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON  
DIABETES MELLITUS TIPO II DEL C.A.P. "LUIS PALZA LÉVANO"  
ESSALUD TACNA - 2011"**

**TESIS**

**Presentada por:**

*Bach. Vanessa Chambilla Mamani*

**Para optar el Título Profesional de:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TACNA - PERÚ**

**2011**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Enfermería**

**“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL AFRONTAMIENTO Y  
PROCESO DE ADAPTACIÓN EN PACIENTES ADULTOS Y ADULTOS  
MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL  
C.A.P. “LUIS PALZA LÉVANO” ESSALUD  
TACNA - 2011”**

**TESIS**

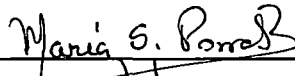
Presentada por:

**BACH. VANESSA CHAMBILLA MAMANI**

Para Optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERIA**

Aprobada por \_\_\_\_\_, ante el siguiente Jurado:



**Mgr. María Soledad Porras Roque**  
**Presidenta**



**Mgr. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes**

**Jurado**



**Lic. Gladys Arratia Torres**

**Jurado**



**Lic. Elide Eufemia Tipacti Sotomayor**

**Asesora**

EL PRESENTE TRABAJO ESTÁ DEDICADO A DIOS, POR DARME EL REGALO MÁS BELLO QUE ES LA VIDA Y A MIS PADRES POR SU APOYO CONSTANTE E INCONDICIONAL PARA CULMINAR MIS ESTUDIOS.

## **AGRADECIMIENTOS**

- A DIOS, porque me dio el regalo más bello que es la vida, por cuidarme en el transcurso del camino recorrido, por llenarme de bendiciones, por brindarme sabiduría y fortaleza en los momentos más difíciles.
- A mis padres: Sr. Mariano Chambilla y Sra. Celia Mamani, comienzo por decirles mil gracias porque me han dado todo su apoyo incondicional, confianza, comprensión, paciencia, por haber sido ejemplo digno a seguir, agradeciendo que se esforzaron mucho para que yo saliera adelante, gracias por los consejos que me dieron y por su apoyo constante e incondicional para culminar mis estudios. A mi hermano Luis Angel Chambilla Mamani por el apoyo incondicional que siempre me demostró.
- A la Lic. Elide Tipacti Sotomayor, por su asesoría, apoyo y ánimo constante en la realización del presente trabajo.
- A la Mgr. María Porras Roque quien a lo largo de la formación académica siempre nos fomento a realizar investigaciones, por su apoyo y deseos de ser mejores día a día.
- A la Lic. Enf. Nelida Serrano Jefa del Programa de Diabetes del C.A.P. "Luis Palza Lévano" – ESSALUD, quien nos brindó el apoyo incondicional en la realización de este trabajo de investigación y a todos los pacientes que pertenecen al programa de diabetes quienes nos apoyaron y nos brindaron su tiempo en la ejecución de nuestra tesis, a ellos que desafortunadamente padecen diabetes mellitus tipo II, para ellos este trabajo de investigación.
- A mis amigas y compañeros de clase en especial a una colega, compañera y amiga que siempre la llevaremos en nuestros corazones ROSEMARY PARIHUANA SERRANO vivo con tus sueños, sueños que son recuerdos, recuerdos que serán eternos.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPITULO I: DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Descripción y Formulación del Problema.....	4
1.2. Objetivos.....	10
1.3. Justificación.....	11
1.4. Formulación de la hipótesis.....	13
1.5. Operacionalización de variables.....	14
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
0.1. Antecedentes de la investigación.....	24
0.2. Bases teóricas.....	36
2.3. Definición conceptual de términos.....	63

### **CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. Material y Métodos.....	65
3.2. Población y Muestra.....	65
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	66
3.4. Procedimiento de recolección de datos.....	71
3.5. Procesamiento de datos.....	72

### **CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS**

4.1. Resultados.....	73
4.5. Discusión.....	116

### **CONCLUSIONES**

### **RECOMENDACIONES**

### **REFERENCIAS**

### **ANEXOS**

## RESUMEN

El propósito de realizar el presente trabajo de investigación fué determinar los factores psicosociales que influyen en el afrontamiento y proceso de adaptación en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, en el C.A.P. "Luis Palza Lévano" – ESSALUD de Tacna - 2011.

La población estuvo conformada por 75 pacientes del Programa de Diabetes, es un estudio descriptivo analítico, correlacional de corte transversal; para la obtención de datos se utilizó como instrumento un cuestionario estructurado en tres partes: la primera menciona a los factores sociales, la segunda los factores psicológicos (ansiedad y depresión) y la tercera la escala de afrontamiento y proceso de adaptación, el cual fué validado con la prueba de expertos.

Según los resultados obtenidos se concluye que los factores psicosociales: edad, sexo, personas con quienes viven, ansiedad y depresión influyen de manera significativa con el afrontamiento y proceso de adaptación en los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

## **ABSTRACT**

The purpose of conducting this research was to determine the psychosocial factors that influence coping and adaptation process in adults and older adults with diabetes mellitus type II, in the CAP "Luis Palza Levano" - ESSALUD of Tacna - 2011.

The population consisted of 75 patients Diabetes Program, is a descriptive analytic cross-sectional correlation, for data collection instrument was used as a structured questionnaire in three parts: the first refers to the social, the second the psychological factors (anxiety and depression) and the third the scale of coping and adaptation process, which was validated by testing experts.

According to the results we conclude that psychosocial factors: age, sex, people who live, anxiety and depression significantly influence the process of coping and adaptation in patients with type II diabetes mellitus.

## INTRODUCCION

La diabetes mellitus tipo II, se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida. El camino entre los pacientes diabéticos y sus familias se recorre en la misma dirección. Una de las funciones esenciales de la familia constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de aparición de una enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo II, esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como psicológico y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad.

Por eso es necesario que los pacientes tengan el apoyo de la familia para así poder disminuir la rápida aparición de complicaciones ya sea en ámbito físico, psicológico y social.

El presente estudio titulado "Factores psicosociales que influyen en el afrontamiento y proceso de adaptación en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, en el C.A.P."Luis Palza Lévano" – ESSALUD de Tacna – 2011", cuyo objetivo fué determinar los factores psicosociales que influyen en el afrontamiento y proceso de adaptación en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus; aplicando un instrumento que permitió el logro de los objetivos del presente estudio.

Sor Callista Roy reconoce que el afrontamiento constituye una variable crucial para comprender el efecto de la adaptación del paciente frente a la salud y enfermedad que padece; el afrontamiento y proceso de adaptación es la clave para el manejo de la enfermedad, el mantenimiento de la salud o bien la recuperación.

El trabajo de investigación consta de cuatro capítulos: En el primer capítulo se plantea y formula el problema, se mencionan los objetivos e hipótesis y la operacionalización de las variables de investigación. En el segundo capítulo se hace referencia a los antecedentes de estudio, bases teóricas y definición conceptual de términos. En el tercer capítulo se desarrolla el método, población y muestra, técnicas e instrumentos, procedimiento de recolección y procesamiento de datos, y en el cuarto capítulo se presentan los resultados y la discusión, para finalizar con las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente; el aporte de nuestro estudio radica en fundamentar la importancia del rol asistencial de enfermería en el cuidado de las personas que padecen enfermedades crónicas como es la diabetes mellitus tipo II, además uno de los retos que tiene enfermería es la producción de conocimiento propio que permite fortalecer la autonomía de

las enfermeras, mejorar la calidad del cuidado que se presta a las personas y grupos de la comunidad y promover su reconocimiento como disciplina profesional.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción del Problema**

La diabetes mellitus tipo II es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes del ser humano en todas las edades, y se le considera un problema de salud pública por su elevada morbilidad y mortalidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay más de 346 millones de personas con diabetes, y es probable que esta cifra aumente a más del doble en el 2030. Se calcula que en el 2004 fallecieron 3.4 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en sangre.

Aproximadamente un 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos o medios. Casi la mitad de las muertes por diabetes ocurren en pacientes de menos de 70 años, y el 55% en mujeres. La OMS calcula que las muertes por diabetes aumentarán en más de un 50% en los próximos 10 años si no se toman medidas urgentes. Es más, se preveé que entre 2006 y

2015 las muertes por diabetes aumenten en más de un 80% en los países de ingresos medios altos. <sup>(1)</sup>

En Chile la prevalencia de diabetes se estima entre 4.2% y 7.5% según las encuestas realizadas a nivel nacional los años 2003 y 2006, por el Ministerio de Salud. La encuesta nacional de salud 2003 fue de 4,2% en hombres y 3,8% en mujeres. Al analizar la prevalencia según grupo de edad, se observa que ésta aumenta a 12.2% en el grupo de 45 – 64 años y a 15.8% en los de 65 y más años. <sup>(2)</sup>

Actualmente el Perú se encuentra entre los cinco países, con mayor número de casos, siendo antecedido por Brasil, México, Argentina y Colombia.

Debemos destacar que en el Perú de acuerdo al análisis situacional de salud del 2010, la diabetes sigue siendo un problema de gran impacto en la salud pública regional, ésta, figura dentro de las diez primeras causas de mortalidad con una tasa de 13,7 por cada 100 000 habitantes. Cabe resaltar que en el Perú en la etapa de vida adulto la Diabetes Mellitus tipo II se ubica en el décimo lugar con un total de 5.68 por cada 100 000 adultos, y en la etapa

adulto mayor se ubica en el quinto lugar con un total de 13,6 por cada 100 000 adultos mayores, en comparación con años anteriores los casos de pacientes con Diabetes Mellitus aumentaron ya que en el año 2009 se tuvo un porcentaje de 7.70 por cada 100 000 habitantes. Referente al sexo al igual que la etapa adulta, los hombres mueren más (53,17%) que las mujeres. (46,83%).<sup>(3)</sup>

En la ciudad de Tacna la diabetes mellitus tipo II se ubica dentro de las diez primeras causas de mortalidad tanto en adulto como en el adulto mayor:

Los adultos de 20-59 años son el segundo grupo en donde ocurre el mayor número de fallecimientos. Las enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares en los últimos años vienen constituyéndose entre las primeras causas de muerte en este ciclo de vida, representaron el 3.29% y 2.96% respectivamente, siendo una de las 10 primeras causas de muerte en la ciudad de Tacna.

Para los adultos mayores la Diabetes Mellitus produce un número importante de fallecimientos en los ancianos ubicándose en el 5º lugar de las causas de muertes en esta etapa de vida.<sup>(4)</sup>

Si bien el trabajo realizado por los equipos de salud es una parte importante, el mayor porcentaje de responsabilidad en el manejo de esta condición recae en las propias personas que la padecen. Sin embargo, para ello se hace imperativo que los pacientes que padecen esta condición crónica la acepten como tal, para enfrentarse de la mejor manera posible a las demandas de la enfermedad, procurándose los cuidados necesarios.

De acuerdo a lo anterior, llevar un control adecuado de la patología haría necesario un cuerpo integral de medidas que permitieran mantener el estado de salud. Por este motivo, al proyectar el tratamiento de la persona con diabetes mellitus se incorporarían todas las dimensiones de ésta, en especial los aspectos psicosociales, que muchas veces no son abordados por el equipo de salud.

De hecho el impacto psicosocial es un fuerte predictor de mortalidad en pacientes con diabetes en muchas variables clínicas y fisiológicas. Afortunadamente cada vez existe más conciencia colectiva de que el abordaje "unidimensional" de la diabetes es prácticamente ineficaz, como hecho lo demuestran las dificultades

evidenciadas por los servicios de salud para mejorar las condiciones de sus pacientes.

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes.

La gente que sufre de diabetes, a diferencia de aquellos con muchos otros problemas médicos, no puede simplemente tomarse unas pastillas o administrarse insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés emocional, u otros factores psicológicos o personales pueden afectar el nivel de glucosa en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición.

Los antecedentes presentados muestran la necesidad de investigar qué factores psicosociales influyen en el afrontamiento y proceso de adaptación, para poder desarrollar aplicaciones del Modelo de adaptación de Roy en estos pacientes. Callista Roy reconoce que el afrontamiento constituye una variable crucial para comprender el

efecto del estrés sobre la salud y la enfermedad; el afrontamiento es clave para el manejo de la enfermedad, el mantenimiento de la salud o bien de la recuperación.

### **Formulación del Problema**

¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en el afrontamiento y proceso de adaptación en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, en el C.A.P. "Luis Palza Lévano" – ESSALUD de Tacna - 2011.?

## **1.2 Objetivos**

### **Objetivo General:**

- Determinar los factores psicosociales que influyen en el afrontamiento y proceso de adaptación en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, en el C.A.P. "Luis Palza Lévano" – ESSALUD de Tacna - 2011.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar los factores sociales: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, personas con quien vive y religión, en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, en el C.A.P."Luis Palza Lévano" – ESSALUD de Tacna - 2011.
- Identificar los factores psicológicos: ansiedad y depresión en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, en el C.A.P."Luis Palza Lévano" – ESSALUD de Tacna - 2011.
- Determinar la influencia de los factores psicosociales en el afrontamiento y proceso de adaptación en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, en el C.A.P. "Luis Palza Lévano" – ESSALUD de Tacna - 2011.

### **1.3. Justificación**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay más de 346 millones de personas con diabetes, y es probable que esta cifra aumente a más del doble en el 2030. Se calcula que en 2005 hubo 1,1 millones de muertes debido a la diabetes. <sup>(1)</sup>

Cabe resaltar que en el Perú en la etapa de vida adulto la Diabetes Mellitus tipo II se ubica en el décimo lugar con un total de 5.68 por cada 100 000 habitantes, y en la etapa adulto mayor se ubica en el quinto lugar con un total de 13,6 por cada 100 000 habitantes, en comparación con años anteriores los casos de pacientes con diabetes mellitus aumentaron ya que en el año 2009 se tuvo un porcentaje de 7.70 por cada 100 000 habitantes. En la ciudad de Tacna la Diabetes Mellitus Tipo II se ubica dentro de las cinco primeras causas de mortalidad, en el adulto y adulto mayor, la diabetes Mellitus tipo II se le considera una de las enfermedades que mayor impacto y que va en aumento a los años anteriores. <sup>(2)</sup>

Las personas que padecen de la Diabetes Mellitus tipo II no sólo son afectados físicamente sino que también desarrollan problemas psicosociales a medida que la enfermedad progresa a un estado de

cronicidad, lo cual conlleva un deterioro del bienestar y de la calidad de vida de quienes la padecen. La capacidad de resistencia ante la enfermedad varía entre las personas, dependiendo del funcionamiento físico, de las capacidades de afrontamiento y su proceso de adaptación frente a la enfermedad. La forma como enfrentamos el peligro va a depender de muchos factores que pueden ser resumidos en la evaluación cognitiva que los individuos realizan frente a un evento. Callista Roy reconoce que el afrontamiento constituye una variable crucial para comprender el efecto del estrés sobre la salud y la enfermedad; el afrontamiento es clave para el manejo de la enfermedad, el mantenimiento de la salud o bien la recuperación.

Esta investigación es importante porque permite identificar los factores psicosociales que influyen en el afrontamiento y proceso de adaptación en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II, para poder aplicar un modelo de atención de enfermería que permita brindar cuidados de calidad, mejorando y sistematizando los cuidados de enfermería. Asimismo servirá de base para realizar otras investigaciones en beneficio de la población adulta y adulta mayor que padece esta enfermedad y brindarles un tratamiento integral.

#### **1.4. HIPÓTESIS**

Los factores psicosociales influyen significativamente en el afrontamiento y proceso de adaptación en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, en el C.A.P. "Luis Palza Lévano" – ESSALUD de Tacna - 2011.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b>  Factores Psicosociales	Son aspectos de la vida cotidiana personal, familiar social y laboral, que se puede ver afectado por aspectos	<b>ASPECTO SOCIAL</b>  <b>Edad</b>  La OMS considera adulto de la edad de 20 a 60 años y adulto mayor de 60 años a mas	- Adulto (30 – 59 años).  - Adulto Mayor (60 años a más)	Ordinal
		<b>Sexo</b>  Es la propiedad según el cual pueden clasificar los organismos de acuerdo a sus funciones	- Masculino  - Femenino	Nominal



		<p><b>Personas con quien vive</b></p> <p>Las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes</p> <p><b>Religión</b></p> <p>Es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y practicas acerca de lo considerado como divino o sagrado, tanto personales como colectivos de tipo existencial, moral, espiritual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con pareja e hijos</li> <li>- Con pareja</li> <li>- Con hijos</li> <li>- Otros familiares y /cuidadores</li> <li>- Solo</li> <li>- Católico</li> <li>- Cristiano/evangélico</li> <li>- Adventista</li> <li>- Testigo de Jehová</li> <li>- Ateo (no cree en nada)</li> <li>- Otros</li> </ul>	Nominal
--	--	---	---	---------

		<p><b>ASPECTO PSICOLOGICO</b></p> <p><b>Ansiedad</b></p> <p>La ansiedad es una respuesta emocional del organismo con una función de alerta y activación ante situaciones que implican peligro, amenaza o novedad, lo que ilustra su papel protector del individuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansioso</li> <li>- No ansioso</li> </ul>	<p>0 – 4: No Ansiosos</p> <p>5 – 9 :Ansiosos</p>	<p>Ordinal</p>
--	--	--	--	----------------

		<p><b>Depresión</b></p> <p>La depresión es una enfermedad que altera de forma intensa los sentimientos y los pensamientos de las personas. . En esta etapa es importante dar tiempo suficiente para superarla.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deprimido</li> <li>- No deprimido</li> </ul>	<p>10 – 12 : No Deprimido</p> <p>13 – 18 : Deprimido</p>	<p>Ordinal</p>
--	--	--	--	----------------

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <p>Afrontamiento y Proceso de Adaptación</p>	<p>El afrontamiento y el proceso de adaptación es un conjunto de respuestas cognitivas conductuales ante la situación estresante que</p>	<p><b>FACTOR 1: Con Recursos y Enfocado:</b> refleja comportamientos personales y los recursos para expandir entradas (estados de alerta), ser creativo y buscar resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo</li> <li>- Obtengo información para aumentar mis opciones hacia el problema de mi enfermedad.</li> <li>- Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas.</li> <li>- Trato de que todo funcione a mi favor.</li> <li>- Me siento bien de saber que estoy manejando el problema de mi enfermedad.</li> </ul>	<p>Ordinal</p>

	<p>produce una enfermedad, ejecutadas por el individuo para manejarla y/o neutralizarla, para recudir de algún modo sus características aversivas.</p>	<p><b>FACTOR 2: Físico y Estable:</b> resalta las reacciones físicas y la fase de entrada (estados de alerta), para el manejo de situaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soy menos eficaz bajo estrés</li> <li>- Pienso en el problema paso a paso</li> <li>- Parece que actúo con lentitud sin razón aparente</li> <li>- Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente.</li> <li>- Soy realista con lo que sucede.</li> <li>- Estoy atento a la situación de mi enfermedad.</li> <li>- Miro la situación desde diferentes puntos de vista.</li> <li>- Tiendo a quedarme quieto por un momento</li> <li>- Encuentro difícil explicar el verdadero problema de mi</li> </ul>	<p>Ordinal</p>
--	--	---	---	----------------

		<p><b>FACTOR 3:</b></p> <p><b>Procesos de</b></p> <p><b>Alerta:</b> representa los comportamientos de Yo personal y físico.</p>	<p>enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación de mi enfermedad.</li> <li>- Utilizo el humor para manejar la situación</li> <li>- Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida</li> <li>- Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso</li> <li>- Soy más eficaz bajo estrés</li> <li>- Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo</li> </ul>	
--	--	---	---	--

		<p><b>FACTOR 4:</b></p> <p><b>Procesamientos Sistemáticos:</b></p> <p>Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trato de ser creativo y propongo soluciones para manejar mi enfermedad.</li> <li>- Aprendo de las soluciones de otras personas.</li> <li>- Miro la situación de mi enfermedad positivamente como un reto.</li> <li>- Planteo soluciones aunque parezca difícil de alcanzar</li> <li>- Experimento cambios en la actividad física</li> </ul>	Ordinal
--	--	---	--	---------

		<p><b>FACTOR 5:</b></p> <p><b>Conociendo y Relacionando:</b></p> <p>Describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trato de enfrentar la situación de mi enfermedad desde el principio</li> <li>- Me doy cuenta de que me estoy enfermando</li> <li>- Me rindo fácilmente</li> <li>- Desarrollo un plan para enfrentar la situación</li> <li>- Al parecer me hago ilusiones de cómo resultaran las cosas.</li> </ul>	Ordinal
--	--	---	--	---------

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes del Problema:

Pollock S., 1993, "La Adaptación a las Enfermedades Crónicas": Un programa de investigación para probar la Teoría de Enfermería, establece un marco para la adaptación a la enfermedad crónica, basado en el modelo de adaptación de Roy. Los objetivos de la investigación en el programa fueron: (a) Identificar predictores de la adaptación a las enfermedades crónicas y (b) Determinar si las relaciones entre las variables diferían según el grupo diagnóstico. Un total de 597 adultos, representando diversos grupos de enfermedades crónicas, participaron en la realización de estudios longitudinales, durante un período de siete años. La resistencia relacionada con la salud y el compromiso con actividades de promoción de la salud predijeron de manera consistente tanto la adaptación fisiológica como psicosocial en todos los grupos de enfermedades crónicas. Además, la percepción individual del grado de discapacidad causada por la enfermedad se relacionó con el funcionamiento psicosocial. La comparación de las respuestas de adaptación entre los grupos reveló diferencias significativas en la adaptación fisiológica, pero no en la

adaptación psicosocial. Los resultados clarifican las relaciones postuladas usando el marco teórico y apoyan el valor de los modelos de enfermería para orientar la investigación en esta área. <sup>(5)</sup>

Silva y Quispe, 2002, "Capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos atendidos en el hospital ESSALUD Tacna", se determino que el 75% de los pacientes del programa de diabetes tienen una capacidad de autocuidado adecuado con respecto a su enfermedad, así como se evidencia que presentan adecuada escala de necesidades en la esfera física, soledad y prevención obteniendo un 96%. Metodología: un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, el cual se realizó en el Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna aplicándose a pacientes diabéticos mayores de 20 años atendidos en el programa de atención al paciente diabético. <sup>(6)</sup>

Oquendo M., 2003. Variables que Intervienen en el Estilo de Afrontamiento de la Diabetes. Bolivia - La Paz. El objetivo general del trabajo fue: Conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de 50 pacientes diabéticos. Metodológicamente se trata de un estudio de diseño no experimental, transeccional, de tipo correlacional. Los pacientes tenían como diagnóstico Diabetes

Mellitus, al momento del estudio no se encontraban internados ni sufrían otra enfermedad, eran miembros de la sociedad boliviana de diabetes y asistían con regularidad a las reuniones de ésta institución, y aceptaron voluntariamente a participar del estudio. Se usaron dos instrumentos metodológicos: Una ficha de descripción de los sujetos y un cuestionario de estilos de afrontamiento. Sin embargo, los aportes más importantes de este estudio lo proporcionan las conclusiones a las que se arribaron a partir del cruce de los datos ya expuestos y las variables asignadas del estudio: Los sujetos más jóvenes de la muestra utilizaron la acción directa como estilo de afrontamiento más frecuente, los de mayor edad la evitación y la inhibición de la acción. Los sujetos de sexo femenino refieren estrategias de afrontamiento más activo y dominador, mientras que los varones demuestran rasgos más dependientes. El estilo de afrontamiento más usado por los solteros fue el autoreproche a diferencia de los casados que recurrieron más a la acción directa y búsqueda de apoyo. En general y con el resto de las variables fue posible concluir con una serie de elementos de gran utilidad a la hora de optimizar la respuesta de afrontamiento del diabético hacia su enfermedad y por tanto su calidad de vida: <sup>(7)</sup>

De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero, 2003. "Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II" llevaron a cabo un estudio ex post facto, transversal, con 100 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, con edades entre 26 y 78 años. Utilizaron la escala de calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados revelaron que el 43% de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida; una de las áreas que sobresalió fue la psicosocial, en donde se evaluaron aspectos emocionales como la ansiedad, depresión, temores, preocupaciones, autoconcepto y algunos elementos de interacción social; el 60% de los pacientes no mostró deterioro y en un 15% fue severo ( $p < 0,003$ ). Los resultados revelan la importancia de tomar en cuenta los factores psicosociales del paciente en el manejo y control de su enfermedad. <sup>(8)</sup>

Pineda N., Bermúdez V., Cano C., y otros, 2004. "Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo II". Venezuela. Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, por lo cual es de gran importancia conocer la comorbilidad entre la depresión, la diabetes y el impacto en la calidad de vida del individuo afectado. El objetivo del presente estudio fue determinar los niveles de depresión y

su sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II. Para ello fueron estudiados 40 pacientes diabéticos con edades comprendidas entre los 30 y los 65 años de edad que acudieron por primera vez a la consulta de diabetes en el Centro de Investigaciones Endocrino – Metabólicas "Dr. Felix Gómez". Los resultados indican que un 55% de los pacientes evidenciaban algún nivel de depresión, al comparar por sexo se determinó que los sujetos de sexo femenino evidenciaron niveles más graves de depresión y un mayor índice de sintomatología característica de esta alteración del estado de ánimo que los hombres. Las conclusiones del presente estudio confirman la comorbilidad entre la depresión y la diabetes mellitus tipo II y plantean la necesidad de la atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica debido al impacto potencial que podría tener la depresión en el manejo y la calidad de vida de pacientes con Diabetes. <sup>(9)</sup>

Hidalgo E., 2005. "Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo" Lima. El estudio es de tipo cuantitativo y nivel aplicativo, descriptivo de corte transversal. El

estudio se realizó en el programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. La población de estudio estuvo constituida por los pacientes con diabetes tipo II que asistían al programa de diabetes del mencionado hospital, aproximadamente 200 por mes. La edad de los pacientes entrevistados, el 56% sus edades fluctúan entre 39 y 60 años; el 44% tienen más de 61 años. La mayoría ,69%, son sexo femenino y la minoría, 31%, de sexo masculino, De un total de 100 pacientes entrevistados, el 11% son solteros y el 60% son casados. En cuanto al grado de instrucción, la mayoría de pacientes, 47%, tiene primaria; el 36% secundaria; el 10% es analfabeto y sólo el 7% tiene instrucción superior. Respecto a los factores sociales que favorecen el cumplimiento del cuidado farmacológico, se observa que de 30 pacientes encuestados (100%), el 70% cuentan con apoyo familiar, como sus hijos, esposa o hermanos quienes los apoyan para que puedan comprar sus pastillas e insulina, de acuerdo al tratamiento farmacológico que reciben. Entre los factores socioculturales que favorecen el cumplimiento del autocuidado del paciente diabético se encuentran los factores personales caracterizados por la responsabilidad hacia el cuidado de sí mismo y el apoyo familiar, siendo la familia un recurso de apoyo importante para la persona diabética, en las diferentes etapas de su desarrollo;

ya que promueve y participa en el autocuidado favoreciendo la salud y la calidad de vida del mismo. <sup>(10)</sup>

Tejada L., Grimaldo B. y Maldonado O., 2006. "Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento" México. Estudio de corte cualitativo y cuyo propósito fue explorar las percepciones de los enfermos diabéticos y sus familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Se encontró que el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo y el desarrollo de un conjunto de conductas que le permiten mantener el control de su enfermedad. Los autores recomiendan que los profesionales de la salud deban considerar la dimensión de la familia e incluso otras redes sociales como otros parientes y amigos cuando brindan atención al enfermo de diabetes. <sup>(11)</sup>

Rojas T., Aravena D., Henríquez F., García B. Dr. Trujillo F., 2006. "Trastornos de ánimo en pacientes con diabetes Mellitus tipo II descompensados". Chile. El objetivo del presente trabajo de investigación fue: Determinar la incidencia de trastornos del ánimo en pacientes Diabéticos Tipo II descompensados. Se trabajó con adultos con Diabetes Mellitus Tipo II hospitalizados por descompensación en

el servicio de medicina del Hospital Félix Bulnes Cerda entre Junio del 2005 y marzo del 2006.

Los pacientes se sometieron a una entrevista según un protocolo para constatar edad, sexo y años de evolución de la diabetes. Se aplicaron 2 tests para evaluar estrés (Test de Levenstein), ansiedad y depresión (Test de Golberg). Se encontró mayor incidencia de depresión que lo mostrado en la literatura. El 62% del total de los pacientes evaluados estaban deprimidos y un 82% presentaban ansiedad esta distribución según test de Goldberg (Ansiedad y Depresión). Conclusiones: Los trastornos del ánimo evaluados (depresión, ansiedad y estrés) se presentan con una alta incidencia en pacientes con diabetes mellitus tipo II descompensados, predominando la depresión. <sup>(12)</sup>

Zavala M., Whetsell M., 2007, "Fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica": el propósito del estudio fue determinar el grado de correlación entre los niveles de fortaleza para la salud y de ansiedad- rasgo, en una muestra de 200 pacientes en Tamaulipas, México, integrada por medio de muestreo no probabilístico; el marco teórico que guio la investigación es el Modelo de Adaptación de Callista Roy. En relación con los resultados del estudio, la relación entre fortaleza y ansiedad es estadísticamente significativa, ya sea

considerándolas como variables continuas (índices) o como variables discretas o categóricas (niveles). La relación es inversa, luego, se concluye que los datos muestran evidencia de que en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, a mayor nivel de fortaleza para la salud menor nivel de ansiedad, apoyando la hipótesis del estudio. Además, según los resultados, esa relación no se ve afectada por la edad, el género o los años de evolución del padecimiento. El desarrollo del estudio vislumbra implicaciones en el ejercicio de enfermería sobre la importancia de identificar las expectativas de los pacientes y, en consecuencia, promover la individualización de estrategias de afrontamiento que conlleven un mejor nivel de afrontamiento y adaptación en pro de su calidad de vida; en correspondencia, se fortalecerá el hacer profesional con una visión holística de los pacientes.<sup>(13)</sup>

Lazcano M. y Salazar B., 2007, "Estrés Percibido y Adaptación en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II": realizaron un trabajo en el país de México, Pachuca, cuyo propósito fue explorar una teoría de rango medio derivada del Modelo de Roy para conocer cómo influyen el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y la adaptación fisiológica y psicosocial en pacientes con DM Tipo II. La muestra fue de 200 individuos, se incluyeron pacientes de 30 a 65 años de edad, a

partir de un año de diagnóstico; se excluyeron mujeres embarazadas y pacientes con cáncer. Se aplicaron tres instrumentos (estrés percibido, afrontamiento y adaptación psicosocial). La adaptación fisiológica se integró por HbA1c, colesterol total y triglicéridos, y peso y talla. Los modelos de regresión lineal mostraron que el estrés percibido influyó negativamente en el afrontamiento y adaptación psicosocial (ambas  $p < ,001$ ), pero no en la adaptación fisiológica. <sup>(14)</sup>

Yi-Frazier et al., 2009. "Análisis centrado de los recursos de resistencia y supervivencia en pacientes con diabetes". Se estudiaron las estrategias de afrontamiento y la resiliencia en pacientes con diabetes. Esta investigación tiene la peculiaridad de haber medido "resiliencia" a través de la autoeficacia, autoestima, autocontrol y optimismo. Los autores encontraron que no existen diferencias entre los diabéticos tipo 1 y tipo 2 en cuanto a sus estrategias de afrontamiento y sus recursos de resiliencia. Las mujeres mostraron ser menos resilientes y emplear más estrategias evitativas en comparación con los hombres. No hallaron relación entre el control de la glucosa y la resiliencia. <sup>(15)</sup>

Quiceno J., 2011. "Creencias - prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos".

Bogotá. En este estudio participaron 121 personas adultos con diagnóstico de enfermedad crónica, quienes estaban casados, ya jubilados/pensionados y eran en su mayoría amas de casa, que no alcanzaron a terminar el bachillerato, de estrato socioeconómico colombiano medio-bajo, adscritos a una entidad prestadora de servicios de salud, con un tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 6 años, quienes recibían tratamiento farmacológico específico para la enfermedad y muy pocos recibían medicación psiquiátrica.

A nivel descriptivo se aprecia que, para los pacientes de este estudio es muy importante el ser miembro de un grupo que comparta las mismas creencias como medio de apoyo social, que les brinde ayuda y aprobación o consuelo en momentos de dificultad. Igualmente como estrategias para sobrellevar las enfermedades es fundamental para ellos tener objetos y símbolos espirituales, escuchar música religiosa, leer libros o textos de inspiración espiritual-religiosa (Biblia), asistir y participar a las celebraciones de la iglesia y recibir la comunión.

A nivel comparativo se observa en esta investigación que las creencias y prácticas religiosas y espirituales, el apoyo social religioso y las estrategias de afrontamiento religioso y no religioso son completamente independientes de variables sociodemográficas como género, con quien vive, estado civil y tiempo de diagnóstico. Por el contrario se aprecia que variables como la edad tienen asociación

positiva con el apoyo social religioso y el afrontamiento religioso, es decir, cuanto más edad tenga el paciente en este caso ser adultos cercanos a la senectud es más probable que busquen compartir con personas de su misma comunidad religiosa-espiritual para tener apoyo consuelo, hablar de su situación presente, o participar en los actos y prácticas de los ritos propios de su grupo guía. <sup>(16)</sup>

## **2.2. Base Teórica**

Calderón, refiere que la diabetes es una enfermedad caracterizada por elevaciones crónicas de glucosa en la sangre, la cual es la principal fuente de energía, cuyos valores normales en los adultos es entre 80 y 120 mg/dl. Esta elevación se debe a la falta total de producción de insulina por el páncreas o la falta de acción insulínica en los tejidos. <sup>(17)</sup>

La diabetes mellitus es una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto y adulto mayor, ocupando gran parte de los recursos sanitarios en todos los países.

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Se define como persona diabética a toda persona que ha sido diagnosticada con diabetes ya sea de tipo I, insulino dependiente, y tipo II, no insulino dependiente.

La diabetes mellitus, tipo I, (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia). Se caracteriza por la destrucción de las células beta del páncreas, de inicio en la edad juvenil, el páncreas no produce insulina por lo tanto los niveles de glucosa están elevados y requiere la administración diaria de esta hormona.

Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

La diabetes mellitus tipo II (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo I, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. <sup>(18)</sup>

La diabetes es una enfermedad ampliamente extendida que afecta a un gran número de personas adultas y adultas mayores y cuya incidencia va en aumento por diversas causas, entre ellas, el incremento creciente de la esperanza de vida en la población.

En el aspecto social la diabetes tiene consecuencias considerables para la economía considerando que los más afectados son personas en edad laboral, por lo que muchas veces tienen que dejar de trabajar por asistir a sus controles y por las complicaciones que presentan. Asimismo esto tiene consecuencias psicológicas, ya que el paciente y familia tienen que adaptarse a los síntomas que presenta debido a que esto interfiere en las actividades familiares.

### **Factores Psicosociales**

Son todos aquellos aspectos que consisten de la dimensión psicológica y social de la persona que pueden impedir a la persona adaptarse a los cambios propios de su etapa de vida.

### **Factor Psicológico**

Son los que rigen a hombre bajo aspectos de actividades mentales, afectivas y la conducta. Para el presente trabajo de investigación se consideró que los factores psicológicos que influyen en la diabetes son los siguientes:

## - **Ansiedad**

Es una respuesta emocional del organismo con una función de alerta y activación ante situaciones que implican peligro o amenaza, se halla determinando por una manera de reaccionar, pensar, sentir y comportarse que escapa al autocontrol y, por tanto a la posibilidad de desarrollar una vida libre, sana y responsable, lo que ilustra su papel protector del individuo. Sin embargo, cuando la ansiedad se mantiene en ausencia del peligro se convierte en patológica, o cuando el peligro está presente pero no hay posibilidades de hacer frente a él supone un sufrimiento inútil. Por otro lado, sus manifestaciones fisiológicas: taquicardia, dificultades respiratorias, sudoración, etc., si son percibidas por el individuo como amenazas favorecen el mantenimiento o aumento de la ansiedad. <sup>(19)</sup>

Con la ansiedad nos protegemos de peligros vitales, esa es su función biológica básica, pero cuando se transforma en un trastorno de ansiedad, esta emoción normalmente útil puede dar un resultado precisamente contrario: evita que el paciente adulto se enfrente a una situación y trastorna su vida diaria. Los trastornos de ansiedad no son sólo un caso de "nervios". Son enfermedades frecuentemente relacionadas con la estructura biológica y las

experiencias en la vida de un individuo y con frecuencia son hereditarias.<sup>(20)</sup>

Según el diccionario de la lengua española, ansiedad es definido en dos acepciones. En primer lugar, lo define como estado de inquietud y zozobra del ánimo; y en segundo lugar, como término médico, está expresado como angustia, la que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Los problemas de ansiedad en los pacientes adultos diabéticos resultan de gran interés para los profesionales sanitarios por las repercusiones que pueden tener en sus condiciones físicas y por el sufrimiento adicional que generan. La ansiedad elevada en este colectivo se ha relacionado con el hecho de que deben enfrentarse a numerosas situaciones estresantes, derivadas tanto de la enfermedad como del tratamiento.

Con la ansiedad alterada los pacientes adultos y adultos mayores diabéticos se convierten en esclavos de sus propias reacciones, sobre las que no tienen (o tienen escasa) capacidad de intervención, parece como si algo interno estuviera regulando la

propia vida, algo de lo que se desconoce el origen y, sobre todo, la forma de canalización.

- **Depresión:**

La depresión es un trastorno del ánimo (afecto), pérdida del interés por las actividades y pasatiempos habituales. <sup>(21)</sup>

La depresión es el estado mental que se distingue por aflicción y desconfianza, acompañada generalmente por ansiedad. <sup>(22)</sup>

La depresión es una enfermedad que altera de forma intensa los sentimientos y los pensamientos de las personas. La forma más frecuente de manifestarse es como tristeza, decaimiento, sensación de ser incapaz de afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras. <sup>(23)</sup>

Se entiende por depresión una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatológicos, factores predisponentes desencadenantes y agravantes. <sup>(24)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. <sup>(25)</sup>

En esta etapa es importante dar tiempo suficiente para superarla. En la medida de lo posible, no se deberían dar instrucciones nuevas, aunque es importante asegurarse de que se cumplen unos objetivos de supervivencia mínimos y dar la seguridad de que se pueden llevar a cabo. La actitud más favorable que el profesional puede adoptar es simplemente la de tratar de ponerse en lugar del paciente y manifestar comprensión por sus sentimientos.

Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. <sup>(26)</sup>

Durante la fase depresiva el paciente presenta:

- Pérdida de la autoestima
- Ensimismamiento (Abstracción del mundo exterior, concentrándose en los propios pensamientos).
- Sentimientos de desesperanza o minusvalía
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados
- Fatiga (cansancio o aburrimiento) que dura semanas o meses
- Lentitud exagerada (inercia)

- Somnolencia diurna persistente
- Insomnio
- Problemas de concentración, fácil distracción por sucesos sin trascendencia
- Dificultad para tomar decisiones
- Pérdida del apetito
- Pérdida involuntaria de peso
- Pensamientos anormales sobre la muerte
- Pensamientos sobre el suicidio, planificación de suicidio o intentos de suicidio
- Disminución del interés en las actividades diarias
- Disminución del placer producido por las actividades cotidianas.<sup>(27)</sup>

Se ha documentado que, en pacientes adultos con diabetes mellitus, la depresión en promedio es el doble a la que prevalece en la población general.

El riesgo de depresión es mayor en personas con un pobre control glucémico y en aquellos afectados por las complicaciones de la diabetes.

Siendo la depresión un desorden difícil de tratar por sí mismo, cuando se presenta con una comorbilidad somática (y en particular con DM), cobra un significado especial, pues:

- Impide la adherencia al régimen, causando deterioro en el control metabólico.
- Reduce la efectividad en la comunicación médico-paciente.
- Se asocia directamente con la hiperglicemia (independientemente de la adherencia al régimen).
- Aumenta la mortalidad relacionada con la diabetes, así como la probabilidad de complicaciones micro y macrovasculares y con ello, de incapacidades.
- Reduce la calidad de vida del paciente. <sup>(28)</sup>

Iván Goldberg, Doctor en Psiquiatría: refiere que el 14 -18% de la población adulta general padece depresión y / o ansiedad clínicamente significativas, aunque sólo el 7 al 9% acuden a consultar a los médicos de atención primaria, que constituyen sin duda los primeros interlocutores del paciente ansioso o deprimido. Desgraciadamente, sólo son identificados correctamente el 3 a 4% de los casos. <sup>(29)</sup>

Iván Goldberg, crea la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS), es tanto una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio. Se trata de un test que no sólo orienta el diagnóstico hacia

ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), sino que discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades.

La escala de depresión y ansiedad de Goldberg (GADS) fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria, la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el profesional de salud de Asistencia Primaria. Puede servir de guía de la entrevista, aunque sin sustituir a la historia clínica, así como un indicador de la prevalencia y de la gravedad y evolución de dichos trastornos.

Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Sí / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. <sup>(30)</sup>

## **Factor social**

Son situaciones o circunstancias que influyen sobre el estado de salud de la persona, tales como el estado civil, la edad, el sexo, grado de instrucción y la familia que de algún modo modifican o influyen en los pacientes diabéticos.

Kozier, afirma que los factores sociales, están relacionados directamente con la salud, morbilidad y mortalidad. Son variables que influyen sobre el estado de salud de la persona y sobre sus creencias y conductas o prácticas saludables. <sup>(31)</sup>

Encontramos aquí:

- **Edad:** años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de captación por la fuente de información (censo, encuesta, registro administrativo).

Según R.M. N°538-2009/MINSA: nos menciona las edades de las etapas de vidas en las cuales oscila el adulto y adulto mayor:

- Adulto: 30 – 59 años
- Adulto mayor: 60 a más años.

- **Sexo:** es la propiedad según el cual pueden clasificar los organismos de acuerdo a sus funciones reproductivas. Femenino o masculino.
- **Estado civil:** es el conjunto de las inscripciones de los hechos y actos vitales de las personas, que modifican su estado civil, su relación familiar y su identificación personal. Generalmente los estados llevan un registro público con los datos personales básicos de los ciudadanos, entre los que se incluye el estado civil.
- **Personas con quien vive:** Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes
- **Grado de Instrucción:** es el nivel educacional que una persona tiene; como primaria, secundaria y superior.

Según Du Gas, "Las personas con un nivel de educación superior conocen más sobre su enfermedad y tienden a pedir ayuda cuando la necesitan, mientras que una persona con educación primaria conoce poco o no conoce de su enfermedad".<sup>(32)</sup>

- **Religión:** es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual. <sup>(33)</sup>

Se habla de «religiones» para hacer referencia a formas específicas de manifestación del fenómeno religioso, compartidas por los diferentes grupos humanos.

El término hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como a ritos y enseñanzas colectivas. El paciente como persona que sufre en su cuerpo y en su espíritu, cuerpo que debe ser atendidas y espíritu que debe ser confortado y alentado. <sup>(34)</sup>

## **AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN SEGÚN EL MODELO DE CALLISTA ROY**

### **El Proceso de Afrontamiento**

Roy, define el afrontamiento como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos

vitales y su integridad, por eso el afrontamiento es esencial para la salud y el bienestar. <sup>(35)</sup>

Los sentimientos que afloran en los primeros momentos del diagnóstico de la enfermedad son, en general muy intensos. En este momento es muy importante la comprensión y el apoyo por parte de su familia, los amigos y el equipo de salud. Además, la forma en que la persona afectada afronta el trastorno depende también de la situación personal en otras áreas, como la laboral, la social o la afectiva. <sup>(36)</sup>

El diagnóstico de un trastorno crónico implica, sin duda, un cambio importante en el estilo de vida y en los planes de futuro, corto, medio y largo plazo del individuo adulto y adulto mayor, con las consiguientes implicaciones psicológicas y emocionales. Inmediatamente después de comunicar el diagnóstico muchos profesionales de la salud empiezan a dar instrucciones en relación con lo que el paciente debe aprender (inyectarse insulina, ajustar las dosis, tratar la hipoglucemia, medir los hidratos de carbono, etc.) sin darle tan sólo la posibilidad de expresar su reacción emocional. Permitirla y gestionarla de manera apropiada es fundamental si se desea acompañar con éxito el proceso de adaptación del paciente.

## **Proceso de Adaptación**

Roy, define adaptación “al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano en su entorno” más allá de ser un sistema simple cuya finalidad es la de reaccionar ante los estímulos que envía el entorno para así mantener su integridad, se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno. <sup>(37)</sup>

Es vista la adaptación como un proceso de cambio, da una solución perfeccionada a sus enfermedades, es decir, convertirse en una persona adaptada a pesar del entorno en que se encuentra, para Callista Roy la salud es un continuum variable en cada persona sana – enferma, en el que el trabajador de salud fortalece los comportamientos positivos y cambia los comportamientos negativos a través de proceso de cuidado, manipulando los estímulos.

El aspecto central de Roy es la adaptación. Existen dos subsistemas interno básico o mecanismo para lograrlo, son el

funcional o proceso de control, constituido por el regulador y el cognitivo. El regulador recibe y procesa los estímulos cambiantes externo y del ser interno a través de canales neural-químico-endocrino; producen reacciones automáticas o inconscientes sobre órganos y tejidos, que tienen efecto sobre la respuesta del cuerpo y sirve como realimentación. El cognitivo recibe los estímulos internos variables que involucran los factores psicológicos y sociales.

El subsistema secundario o efecto formado por los cuatro modos de adaptación son: fisiológico, autoconcepto, desempeño de roles, interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

La intervención de los profesionales de salud implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.<sup>(38)</sup>

El Modelo también establece cuatro modos de adaptación:

### **I. Modo fisiológico y físico de adaptación**

El modo fisiológico “está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos”. La necesidad básica del modo fisiológico es la integridad fisiológica.

Las necesidades que se identifican en este modo se relacionan con la necesidad básica de la integridad fisiológica; oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo y protección.

El modo de adaptación físico es “la manera con la que el sistema de adaptación humano manifiesta su adaptación con relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la capacidad física y a las fuentes económicas”. La necesidad básica del modo de adaptación físico es la integridad operativa.

### **II. Modo de adaptación del autoconcepto de grupo**

Este modo “se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del

individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo”.

Sus componentes son:

- El yo físico, que engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo.
- El yo de la persona, que está formado por la constancia, los valores o expectativas, y la moral, la ética y la espiritualidad del ser.

El modo del autoconcepto de identidad de grupo refleja “cómo se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno. El modo del autoconcepto de identidad de grupo se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que tiene del grupo, el entorno social y la cultura”. La necesidad básica de la identidad de grupo es la integridad de la identidad.

### **III. Modo de adaptación de función de rol**

Este modo “es uno de los dos modos de adaptación social, y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar”.

### **IV. Modo de adaptación de la interdependencia**

Este modo se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento.<sup>(39)</sup>

La persona vista como un todo está compuesta por seis subsistemas: El regulador, relacionador y los cuatro modos de adaptación, estos se relacionan entre sí para formar un complejo sistema cuyo propósito es la adaptación.

En este contexto el modelo de Adaptación de Callista Roy entrega muchos elementos para desarrollar el trabajo de enfermería, Menciona cuatro modos de adaptación, además de los estímulos que participan y condicionan la situación de salud. La ventaja que ofrece este modelo frente a otros es la posibilidad de conocer los diversos estímulos participantes en una situación dada, y de este modo, manipularlos para lograr la adaptación del usuario, por intermedio de un plan de intervención biopsicosocial de la persona.

La Adaptación como fin último le da la característica definitoria a este modelo, permitiendo su aplicación en la vida cotidiana, donde diariamente las personas se deben adaptar a nuevos sucesos o circunstancias. <sup>(40)</sup>

## **ESCALA DE MEDICIÓN DEL AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION DE CALLISTA ROY**

El proceso para la adaptación tiene un interés central porque de su eficacia depende el mantenimiento y la recuperación de la salud. Este proceso hace referencia a todos los esfuerzos que realiza una persona para controlar los estímulos del medioambiente, así como a las diferentes estrategias que utiliza permanentemente para afrontarlos.

En el 2004, Callista Roy desarrolló una teoría de mediano alcance sobre el “proceso de afrontamiento y adaptación”, derivada de su modelo conceptual, en el cual “describe las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios de ambientales para crear una integración humana y ambiental”.

El ambiente, según este modelo, tiene estímulos focales, contextuales y residuales, que al entrar en contacto con la persona, desencadenan unas respuestas mediadas por los procesos de afrontamiento innatos y adquiridos, las cuales se ven reflejadas en cuatro modos de adaptación: el modo fisiológico, el modo de

autoconcepto, el modo de función de rol y el modo de interdependencia.

Los procesos de afrontamiento están dados por el subsistema regulador y el cognitivo. El primero es innato responde a través de unos canales neuronales, químicos y endocrinos. Los estímulos ambientales actúan como entradas al sistema nervioso y afectan al equilibrio hidroelectrolítico, el equilibrio ácido básico y el sistema endocrino. De esta manera las respuestas son automáticas e inconscientes, y se expresan fundamentalmente en el modo fisiológico.

El proceso de afrontamiento cognitivo está íntimamente relacionado con la conciencia encargada de monitorizar y regular el comportamiento humano, por ello es fundamental en el proceso de adaptación, entendido éste como "el proceso y el resultado por el cual la persona utiliza la conciencia consciente para crear una integridad humana y ambiental". Este subsistema responde a través de cuatro canales cognitivos-emotivos: procesamiento perceptual y de información, aprendizaje, juicio y emoción. Gracias a estos procesos, la persona interpreta la situación y otorga un

significado a los estímulos ambientales, y con base en ellos da una respuesta consciente para promover su adaptación.

Este procesamiento de información se da en tres etapas secuenciales, las cuales están relacionadas entre sí; Roy las ha denominado entradas, procesos centrales y salidas.

- **Entradas**

Las entradas involucran los procesos de alerta, atención y percepción. El estado de alerta y la atención procesan la información en una automática o controlada, de tal forma que las experiencias sensoriales se transforman en una percepción hacia el estímulo en el campo de la conciencia.

- **Procesos centrales**

Los estímulos percibidos son procesados mediante la codificación y formación de conceptos, la memoria y el lenguaje. La principal habilidad del cerebro es almacenar información, codificando representaciones de la experiencia, lo cual le permite correlacionar, analizar e interpretar las sensaciones para poder afrontar en forma efectiva el ambiente.

- **Salidas**

Planeación y respuestas motoras. Los seres humanos actúan de acuerdo con la interpretación que hacen del ambiente, y con base en ella formulan unas metas y unas etapas para cumplirlas. Los comportamientos se expresan a través de las respuestas motoras en los cuatro modos de adaptación.

En su modelo, Roy relaciona estas etapas con el estímulo focal, el cual adquiere un significado especial a la luz de los estímulos contextuales y residuales relacionados con la experiencia y la educación. Cuando hay problemas, el modelo de procesamiento de la información es fundamental; con base en éste la persona construye nuevos conocimientos a través de los recuerdos y las experiencias nuevas, lo cual le permite desarrollar nuevas capacidades o destrezas para la solución de los mismos.

Con base en lo anterior puede decirse que éste es un proceso dinámico porque depende de la interacción entre el individuo y el entorno, la cual está medida por factores personales, sociales y ambientales que se modifican en forma permanente. Se consideran multidimensionales porque cada persona utiliza diferentes estrategias para afrontar varias situaciones.

Según Livneh, la persona utiliza tres tipos de estrategias de afrontamiento: comportamentales, afectivas y cognitivas.

- Las estrategias comportamentales buscan controlar el estímulo o estresor en forma directa, actuando frente al problema que la persona considerada es susceptible de modificar. Estas también pueden ser evasivas cuando la persona siente que no puede actuar ante el estímulo y lo rechaza en forma consciente o inconsciente.
- Las estrategias afectivas hacen referencia a los intentos que realiza la persona para controlar las reacciones emocionales que el problema la genera. Se manifiesta a través de la expresión de sentimientos frente a sí misma y frente a otros, aceptando estos sentimientos o resignándose a permanecer en esa condición.
- Las estrategias cognitivas pueden ser de dos tipos, aquellos que buscan minimizar las consecuencias y el impacto de la situación, negando su gravedad o ignorándola, y aquellas que por el contrario se enfocan en la situación y se ocupan de ella.

Paralelamente con el desarrollo de la teoría, Roy (2004) construyó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación–

Coping Adaptation Processing Scale (CAPS), con el propósito de llenar un vacío de conocimientos en la práctica sobre la valoración y comprensión del subsistema de afrontamiento cognitivo y, de esta manera, identificar las habilidades que utiliza una persona para controlar el estrés y promover su adaptación.

El instrumento está conformado por 47 ítems agrupados en cinco factores y un formato Likert con cuatro criterios: nunca, rara vez, casi siempre, siempre; cada ítem es una frase corta acerca de como una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil.

Con relación a los cinco factores, los tres primeros miden el comportamiento, las reacciones y recursos de afrontamiento que utiliza la persona, y los dos últimos miden las estrategias empleados para sobrellevar la situación. Estos son:

- **Factor 1: Recursivo y Centrado (10 ítems)**

Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados.

- **Factor 2:** reacciones físicas y enfocadas(14 ítems)

Resalta las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones.

- **Factor 3:** proceso de alerta (9 ítems)

Representa los comportamientos del yo personal y físico, y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas procesos centrales y salidas.

- **Factor 4:** procesamiento sistemático (6 ítems)

Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.

- **Factor 5:** conocer y relacionar (8 ítems)

Describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación. <sup>(41)</sup>

### 2.3. Definición conceptual de términos

- **Afrontamiento:** Son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno.
- **Proceso de Adaptación:** Se refiere al proceso y al resultado por los que las personas, tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno.
- **Estímulo focal.-** El estímulo focal es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano.
- **Estímulos contextuales.-** Hacen referencia a todos los factores del entorno que se le presenta a la persona, tanto de modo interno como de modo externo, aunque no ocupan el centro de atención de la persona ni de la energía.
- **Estímulos residuales.-** Son factores del entorno dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento.
- **Subsistema regulador.-** el subsistema regulador supone un proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego el sistema neuronal, químico y el endocrino.
- **Reacciones de adaptación.-** Las reacciones de adaptación fomentan la integridad en función de los objetivos que tiene el sistema humano.

- **Factores.-** Situaciones o circunstancias que de algún modo modifican o influyen en el cumplimiento del cuidado de los pacientes diabéticos pueden ser sociales y psicológicas.
- **Paciente diabético.-** Es toda persona que ha sido diagnosticada con Diabetes Mellitus Tipo II y que asiste regularmente al programa de diabetes.
- **Control glucémico.-** Se entiende por control glucémico a todas las medidas que facilitan mantener los valores de glucemia dentro de los límites de la normalidad.
- **Escala.-** Medición compuesta de un atributo que implica la combinación de varios reactivos cuya relación es lógica y empírica entre sí, que da por resultado la asignación de un valor (puntaje o calificación).

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Material y Métodos:**

Se realizó un estudio descriptivo analítico, correlacional de corte transversal.

#### **3.2. Población y Muestra:**

Para fines de la presente investigación el universo está conformado por la población de pacientes con la patología de diabetes mellitus tipo II, son 195 Adultos y Adultos Mayores del Programa de Diabetes en el Centro de Atención Primaria “Luis Palza Lévano” – ESSALUD del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.

La muestra de estudio se obtuvo mediante la fórmula estadística que se utiliza cuando se conoce el tamaño poblacional y se desea determinar la proporción de la muestra en estudio, por ende, la población en estudio fueron 75 pacientes adultos y adultos mayores asistentes al programa de diabetes en el centro de atención primaria “Luis Palza Lévano” - ESSALUD. (Ver Anexo 01)

### **3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:**

Se utilizaron tres instrumentos, el primer instrumento incluyó preguntas de variables sociales como: edad, estado civil, religiosidad, sexo y personas con quienes viven. El segundo instrumento variable psicológica: escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS) y el tercer instrumento es la escala de proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS) que mide el grado en que el individuo responde a experiencias, crisis o eventos extremadamente difíciles. Este instrumento consta de 47 reactivos; el coeficiente alfa de Cronbach fue de 92. El patrón de respuesta es de cuatro puntos, que va desde 1 = nunca, a 4 = siempre. El puntaje crudo oscila entre 47 y 188; un mayor puntaje indica que hay un uso más consistente de estrategias de afrontamiento. La puntuación total de CAPS se obtiene invirtiendo los valores de las preguntas negativas 5,8,11,13,15,20,23,24,33,35,39,42,43,45,47. El instrumento fué elaborado por la teórica Callista Roy, con la finalidad de identificar las estrategias que la persona utiliza para afrontar situaciones difíciles. (Ver Anexo 02)

#### **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS)**

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg es tanto una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una

guía del interrogatorio. Se trata de un test que no sólo orienta el diagnóstico hacia ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), sino que discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades.

El Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg contiene 2 subescalas con nueve preguntas en cada una de ellas: subescala de ansiedad (preguntas 1–9) y subescala de depresión (preguntas 10–18). Las 4 primeras preguntas de cada subescala (preguntas 1–4) y (preguntas 10–13) respectivamente, actúan a modo de precondition para determinar si se deben intentar contestar el resto de preguntas. Concretamente, si no se contestan de forma afirmativa un mínimo de 2 preguntas de entre las preguntas 1–4 no se deben contestar el resto de preguntas de la primera subescala, mientras que en el caso de la segunda subescala es suficiente contestar afirmativamente a una pregunta de entre las preguntas 10–13 para poder proceder a contestar el resto de preguntas.

#### Interpretación

Los puntos de corte se sitúan en 4 o más para la subescala de ansiedad y en 2 o más en la de depresión, con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo sea el problema (siendo el máximo posible de 9 en cada una de las subescalas). Aun cuando las

preguntas son muy claras, las respuestas sólo admiten la dicotomía, de forma que a veces, cuando se trata de coincidencias de leve intensidad, es necesario el juicio de un profesional para valorar la significación clínica de la respuesta. El cuestionario tiene 18 preguntas.

### **Escala de Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS)**

El modelo de Roy conceptualiza la dinámica interna de la persona como los procesos de afrontamiento que se llevan a cabo a través de los subsistemas regulador e innato y cognator o adquirido. El subsistema regulador comprende los procesos bioquímicos, neurológicos, independientes de la voluntad de la persona. Los procesos de afrontamiento adquiridos son desarrollo a través de estrategias como el aprendizaje, el juicio y las emociones.

Las respuestas o conductas para Roy son el producto de estímulos y del nivel de adaptación de la persona. Para la autora solo las respuestas que son creadas pueden ser observadas

Las conductas que resultan de los procesos pueden ser observadas en cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, desempeño del rol e interdependencia.

Este constructo de afrontamiento describe las estrategias mediante las que la persona responde a influencias y cambios del ambiente a fin de crear una integración humana y ambiental.

Roy identifico 45 estrategias de afrontamiento, que fueron revisadas y ratificadas por cuatro expertas, dos en afrontamiento y teoría de adaptación; las otras dos en proceso cognitivo. Posteriormente, en forma deductiva, identificaron 26 categorías de procesamiento (entrada, proceso y salida) con base en el modelo de procesamiento cognoscitivo. Se generaron 73 enunciados como producto de estos trabajos, pero se eliminaron 26 reactivos debido a la redundancia y a que no obtuvieron cargas significativas en una primera prueba. Por lo anterior, se sometió a prueba de nuevo la escala con 47 reactivos. Las propiedades psicométricas fueron analizadas de nuevo la escala con 47 reactivos.

Se sometió a prueba de nuevo siendo consultada a cuatro expertos llegando a eliminarse 17 reactivos debido a la redundancia y que no se aplicaban a los pacientes en estudio, siendo esta modificada como sugerencia de los expertos quedando la escala con 30 ítems. (Ver Anexo 03).

La interpretación conceptual es la siguiente:

- Factor 1: con recursos y enfocado, con 5 reactivos.

- Factor 2: físico y estable, con 9 reactivos
- Factor 3: procesos de alerta , con 6 reactivos
- Factor 4: procesamientos sistemáticos , con 5 reactivos
- Factor 5: conociendo y relacionando, con 5 reactivo

Los reactivos que cargaron negativamente pueden tener diversas explicaciones. Una posible escolaridad de los participantes con un promedio de seis años, y tal vez con escasas habilidades para la toma de decisiones y solución de problemas. De acuerdo a Roy, el afrontamiento como proceso cognitivo y como forma de pensamiento y proceso de información requiere de habilidades cognitivas.

**Interpretación:**

El patrón de respuesta es de cuatro puntos, que va desde 1 = nunca; 2 = raras veces; 3 = casi siempre; 4 = Siempre, el puntaje puede oscilar entre 30 mínimo y 120 máximo.

**Clasificando de esta manera:**

- Menor de 60: no adecuado afrontamiento y proceso de adaptación.
- Mayor de 61: adecuado afrontamiento y proceso de adaptación.

### **3.4. Procedimientos recolección de datos:**

Para la recolección de los datos se coordinó con el director del Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD - Tacna, Dr. Luis Barrientos, pasando el trabajo de investigación al comité de investigación de dicho hospital, siendo este evaluado por el Dr. Paulo Cesar Gordillo llegando a la conclusión de que dicho proyecto de investigación es apto para la ejecución, posteriormente se procede a presentarle una carta dirigida al Dr. Luis Montes director del C.A.P. "Luis Palza Lévano", para que se nos brinde la facilidad en la ejecución del trabajo de investigación, posteriormente se coordinó con la enfermera jefa del Programa de Diabetes Lic. Enf. Nelida Serrano, quien nos brindó las facilidades para la ejecución del trabajo de investigación.

Durante los meses de Junio – Julio se realizó la ejecución del instrumento de lunes a sábado durante la mañana, en el programa de diabetes.

Al llegar al programa se verificó la relación de pacientes citados para ese día, posteriormente se realiza la entrevista con el paciente, la toma de la glucosa, medición del perímetro abdominal, toma de la presión arterial, peso y talla, las recomendaciones del cuidado y cumplimiento del tratamiento.

Posterior a ello se aplicó el cuestionario a los pacientes seleccionados antes y después de la atención recibida por el personal de enfermería. (Ver Anexo 04).

### **3.5. Procesamiento de datos:**

Los datos recopilados fueron codificados y procesados mediante el sistema de informática SPSS (Statistical Package for the Social Science).

Se utilizó patrones de codificación simple como tabulación nominal y porcentual. Se utilizó la técnica estadística del Chi-Cuadrado para determinar la relación estadística entre las variables dependiente e independiente, los resultados se presentan en cuadros estadísticos de doble entrada, complementándose con representaciones gráficas.

## **CAPITULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. RESULTADOS**

En este capítulo se presentan cuadros estadísticos descriptivos de una y doble entrada y se utilizó la prueba Chi – Cuadrado con el 95% de confiabilidad y con un nivel de significancia  $p < 0.05\%$ .

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales son presentados en cuadros y gráficos, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

## FACTORES SOCIALES Y PSICOLOGICOS

### CUADRO No. 01

**EDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON  
DIABETES MELLITUS TIPO II DEL C.A.P. "LUIS  
PALZA LEVANO" ESSALUD  
JULIO – 2011.**

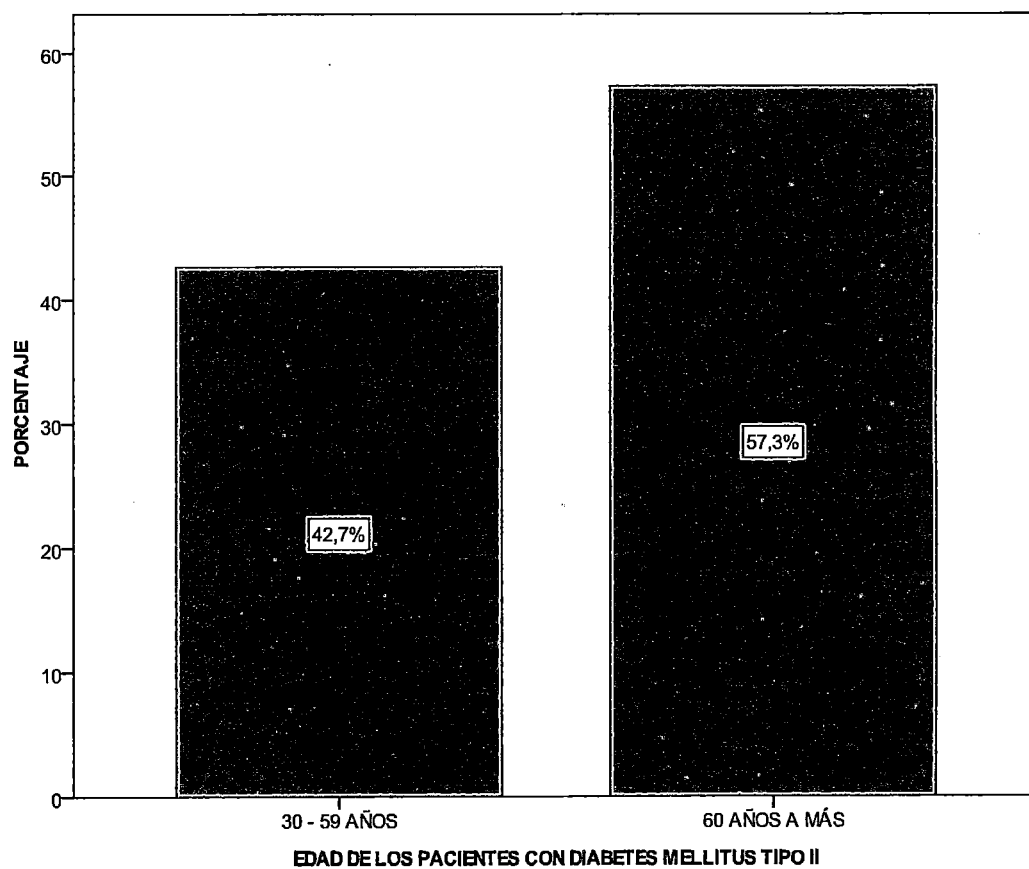
EDAD	PACIENTE	
	Nº	PORCENTAJE
30 – 59 AÑOS	32	42,7%
60 AÑOS A MÁS	43	57,3%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011.

### DESCRIPCIÓN:

En el cuadro se observa que los adultos y adultos mayores que tienen diabetes mellitus tipo II, se encuentran en mayor porcentaje entre el intervalo de 60 años a más con 57.3%, seguido del intervalo de 30 a 59 años con 42.7%.

**GRÁFICO N°01**



**FUENTE:** Cuadro N° 01

**CUADRO No. 02**

**SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON  
DIABETES MELLITUS TIPO II DEL C.A.P. "LUIS  
PALZA LEVANO" ESSALUD  
JULIO – 2011.**

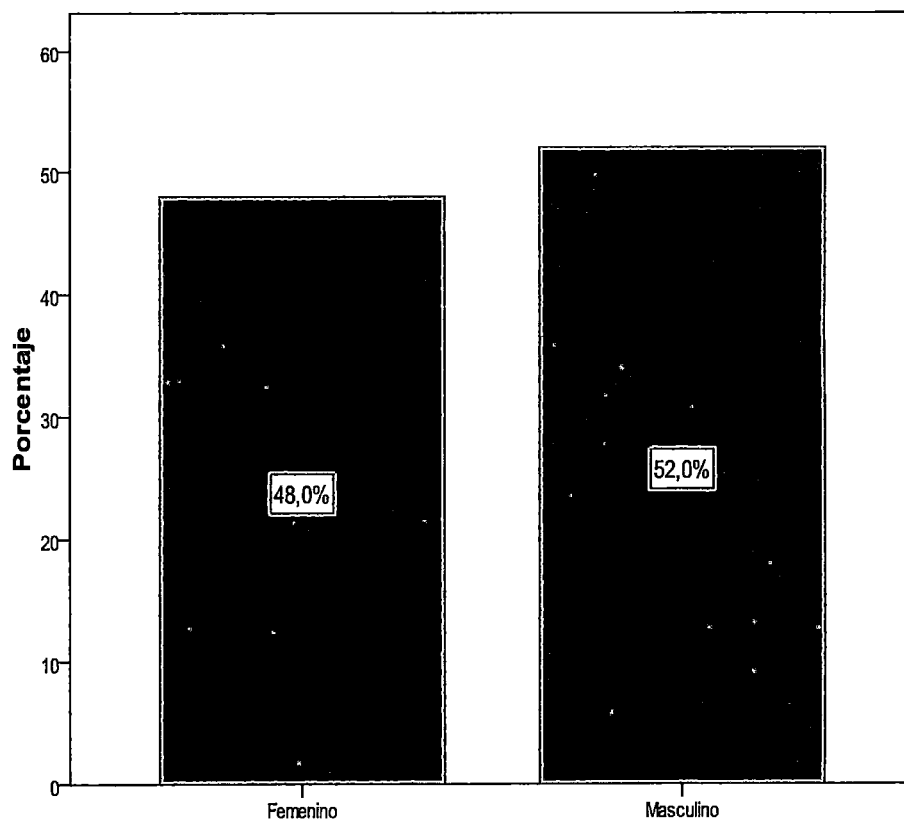
<b>SEXO</b>	<b>PACIENTE</b>	
	<b>N°</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>FEMENINO</b>	<b>36</b>	<b>48%</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>39</b>	<b>52%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011.

**DESCRIPCIÓN:**

En el cuadro se observa que el mayor porcentaje de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, corresponde al sexo masculino con el 52% y el 48% corresponde al sexo femenino.

**GRÁFICO N°02**



**SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II**

FUENTE: Cuadro N° 02

### CUADRO No. 03

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ADULTOS Y ADULTOS  
MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL  
C.A.P. "LUIS PALZA LEVANO" ESSALUD  
JULIO – 2011.**

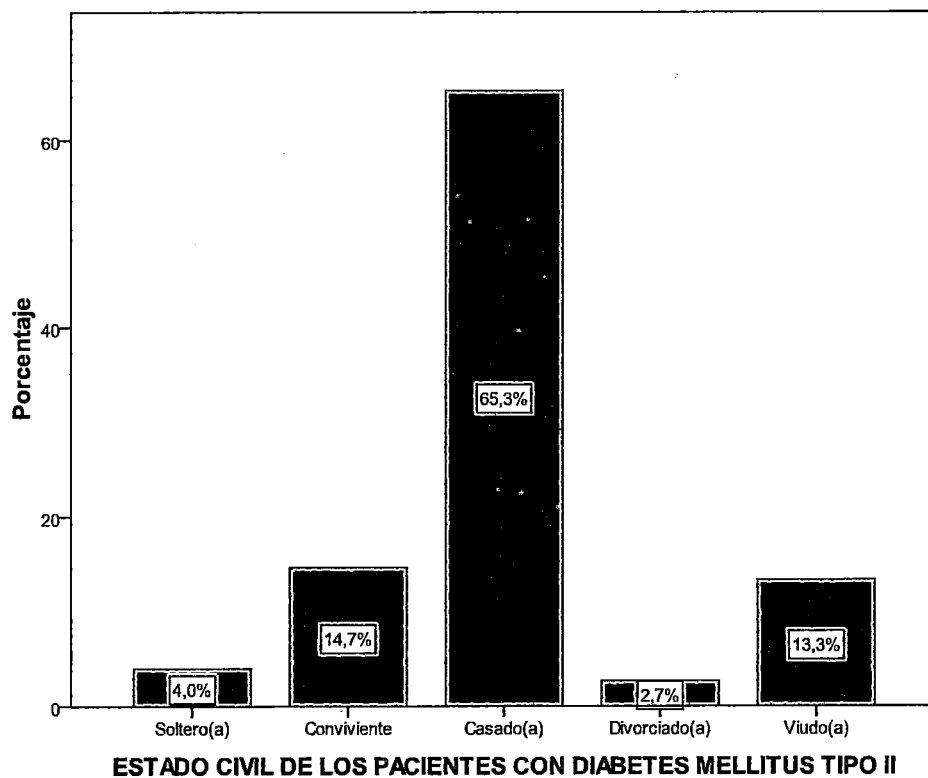
ESTADO CIVIL	PACIENTE	
	Nº	PORCENTAJE
SOLTERO(A)	3	4%
CONVIVIENTE	11	14,7%
CASADO(A)	49	65,3%
DIVORCIADO(A)	2	2,7%
VIUDO(A)	10	13,3%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011.

#### DESCRIPCIÓN:

En el cuadro se evidencia que los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, el 65.3% pertenece al estado civil casado(a), seguido del 14.7% que son convivientes, el 13.3% viudos(as), 4% solteros(as) y un 2.7% son divorciados.

**GRÁFICO N° 03**



FUENTE: Cuadro N° 03

**CUADRO No. 04**

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS Y  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II  
DEL C.A.P. "LUIS PALZA LEVANO" ESSALUD  
JULIO – 2011.**

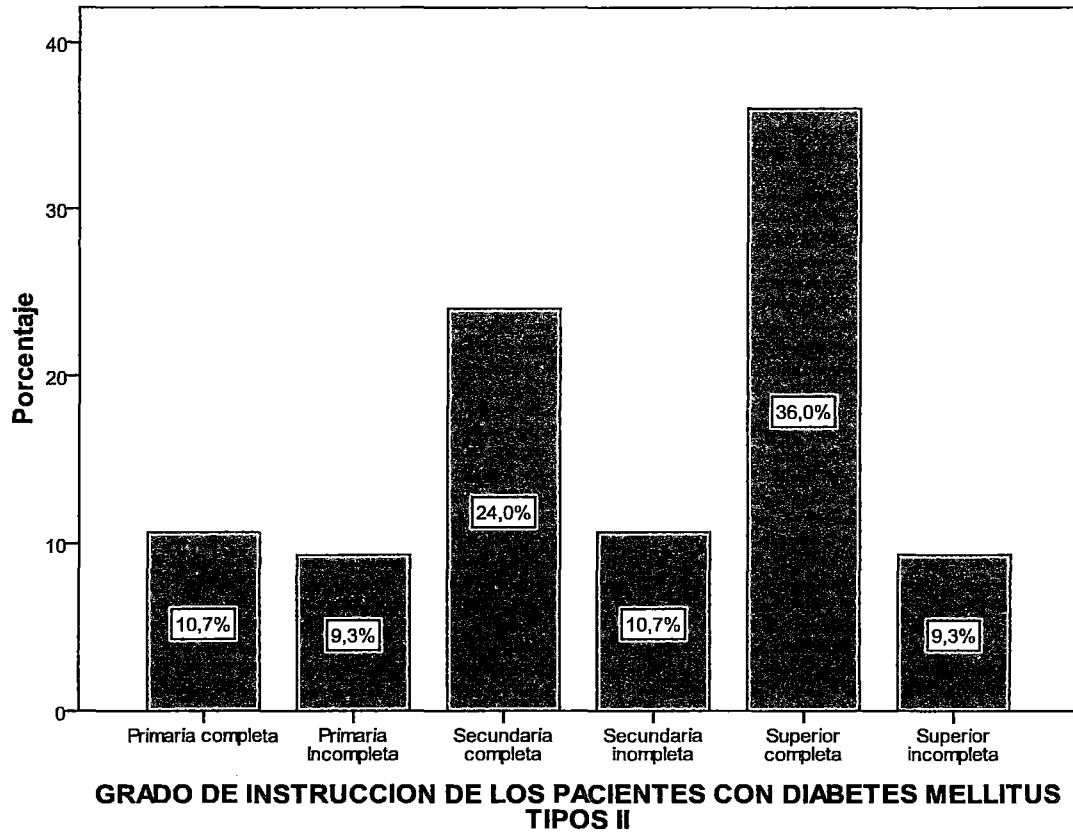
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PACIENTE	
	Nº	PORCENTAJE
PRIMARIA COMPLETA	8	10,7%
PRIMARIA INCOMPLETA	7	9,3%
SECUNDARIA COMPLETA	18	24%
SECUNDARIA INCOMPLETA	8	10,7%
SUPERIOR COMPLETA	27	36%
SUPERIOR INCOMPLETA	7	9,3%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011.

**DESCRIPCIÓN:**

En el cuadro observamos que los adultos y adultos mayores que tienen diabetes mellitus tipo II, el 36% tiene grado de instrucción superior completa, el 24% secundaria completa, 10.7% primaria completa, y con el mismo porcentaje 9.3% tienen primaria incompleta y superior incompleta.

**GRÁFICO N° 04**



**FUENTE:** Cuadro N° 04

## CUADRO No. 05

### RELIGIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL C.A.P. "LUIS PALZA LEVANO" ESSALUD JULIO – 2011.

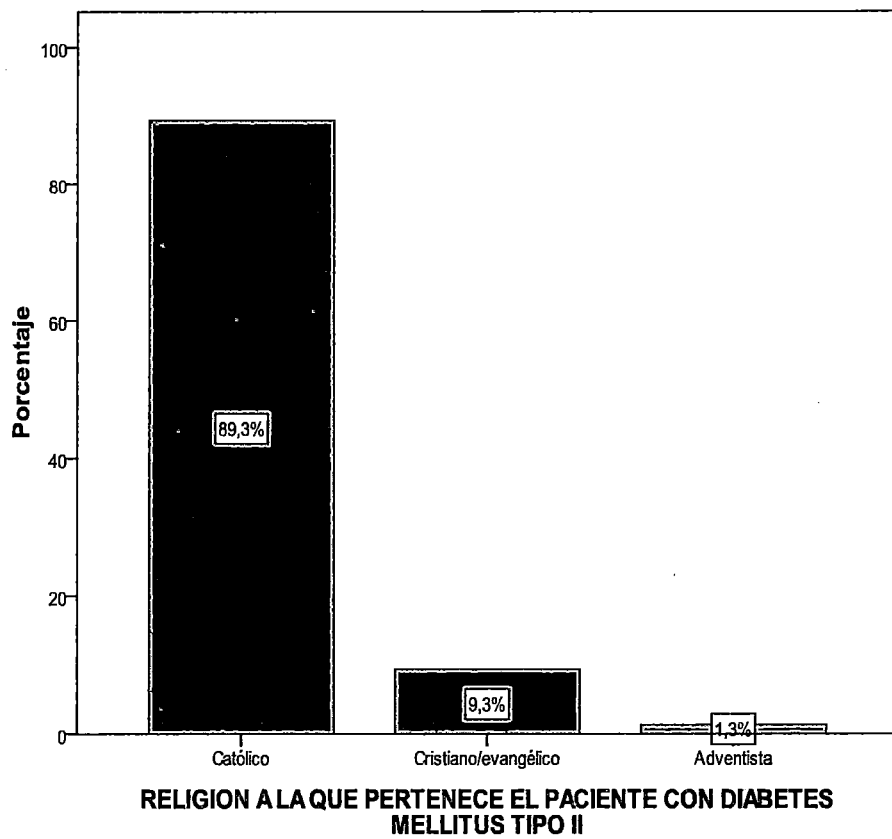
RELIGIÓN	PACIENTE	
	Nº	PORCENTAJE
CATÓLICO	67	89,3%
CRISTIANO/EVANGÉLICO	7	9,3%
ADVENTISTA	1	1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011.

#### DESCRIPCIÓN:

En el cuadro se evidencia que los adultos y adultos mayores que tienen diabetes mellitus tipo II, un 89.3% pertenecen a la religión católica agrupando el mayor volumen de la población de estudio, seguido del 9.3% que pertenecen a la religión cristiano / evangélico, y solo un 1.3% son adventistas.

**GRÁFICO N° 05**



FUENTE: Cuadro N° 05

## CUADRO No. 06

### PERSONAS CON QUIENES VIVEN LOS PACIENTES ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL C.A.P. "LUIS PALZA LEVANO" ESSALUD JULIO – 2011.

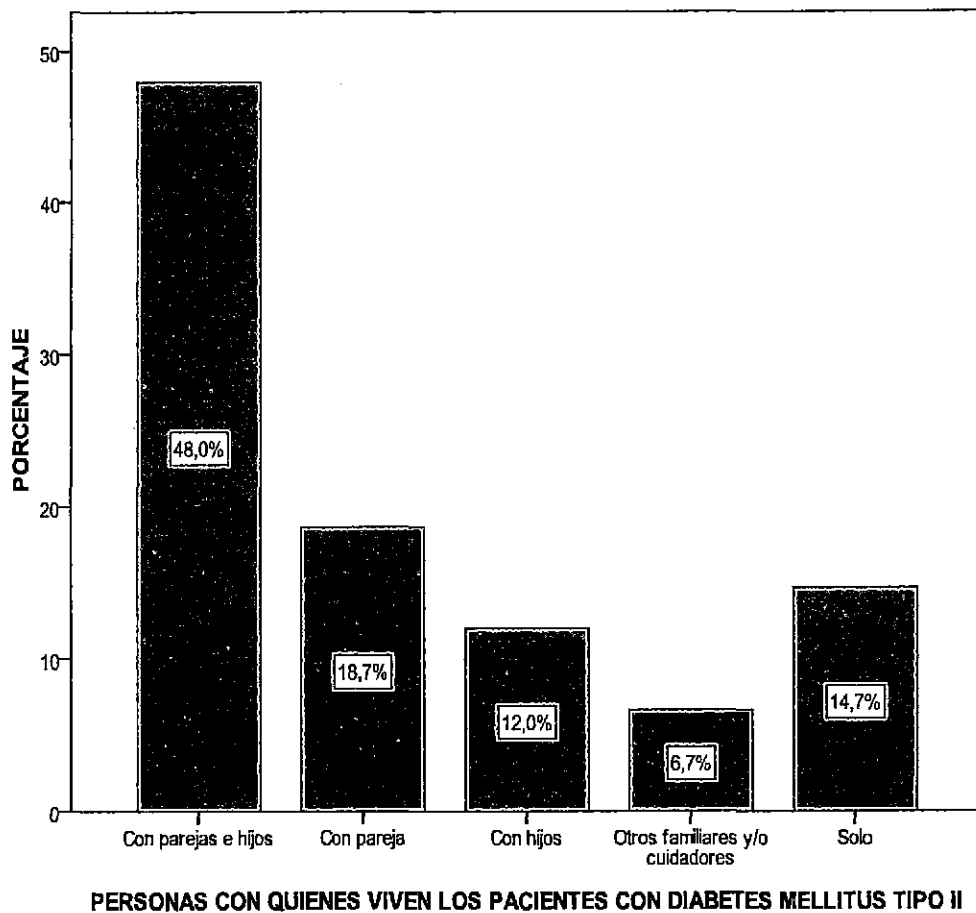
PERSONAS CON QUIENES VIVE	PACIENTE	
	N°	PORCENTAJE
CON PAREJAS E HIJOS	36	48%
CON PAREJA	14	18,7%
CON HIJOS	9	12%
OTROS FAMILIARES Y/O CUIDADORES	5	6,7%
SOLO	11	14,7%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011.

#### DESCRIPCIÓN:

En el cuadro observamos que referente a las personas con quienes viven los adultos y adultos mayores que tienen diabetes mellitus tipo II, el 48% viven con sus parejas e hijos, seguido del 18.7% que viven con parejas, el 14.7% viven solos, el 12% viven con hijos y solo el 6.7% viven con otros familiares y/o cuidadores.

**GRÁFICO N° 06**



**FUENTE:** Cuadro N° 06

## CUADRO No. 07

### ANSIEDAD SEGÚN GADS EN LOS PACIENTES ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL C.A.P. "LUIS PALZA LEVANO" ESSALUD JULIO - 2011.

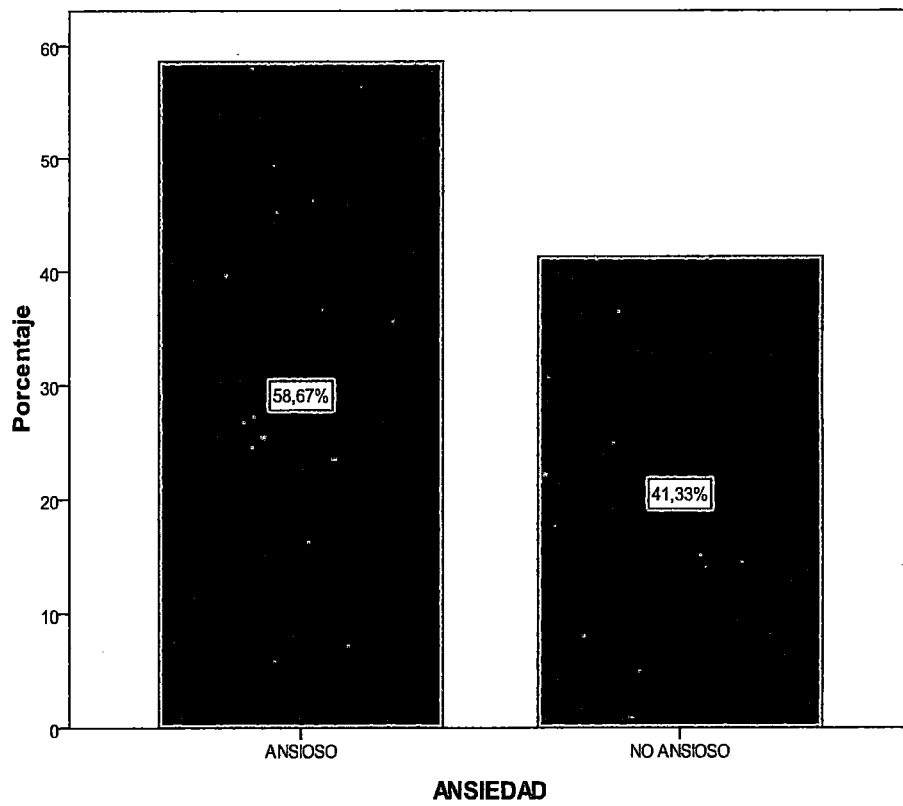
ANSIEDAD SEGÚN GADS	PACIENTE	
	Nº	PORCENTAJE
ANSIOSO	44	58,7%
NO ANSIOSO	31	41,3%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011.

#### DESCRIPCIÓN:

En el cuadro con relación a la ansiedad según GADS, los adultos y adultos mayores que tienen diabetes mellitus tipo II, el 58.7% son ansiosos, mientras que el 41.3% son no ansiosos.

**GRÁFICO N°07**



FUENTE: Cuadro N° 07

**CUADRO No. 08**

**DEPRESIÓN SEGÚN GADS EN LOS PACIENTES ADULTOS Y  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II  
DEL C.A.P. "LUIS PALZA LEVANO" ESSALUD  
JULIO - 2011.**

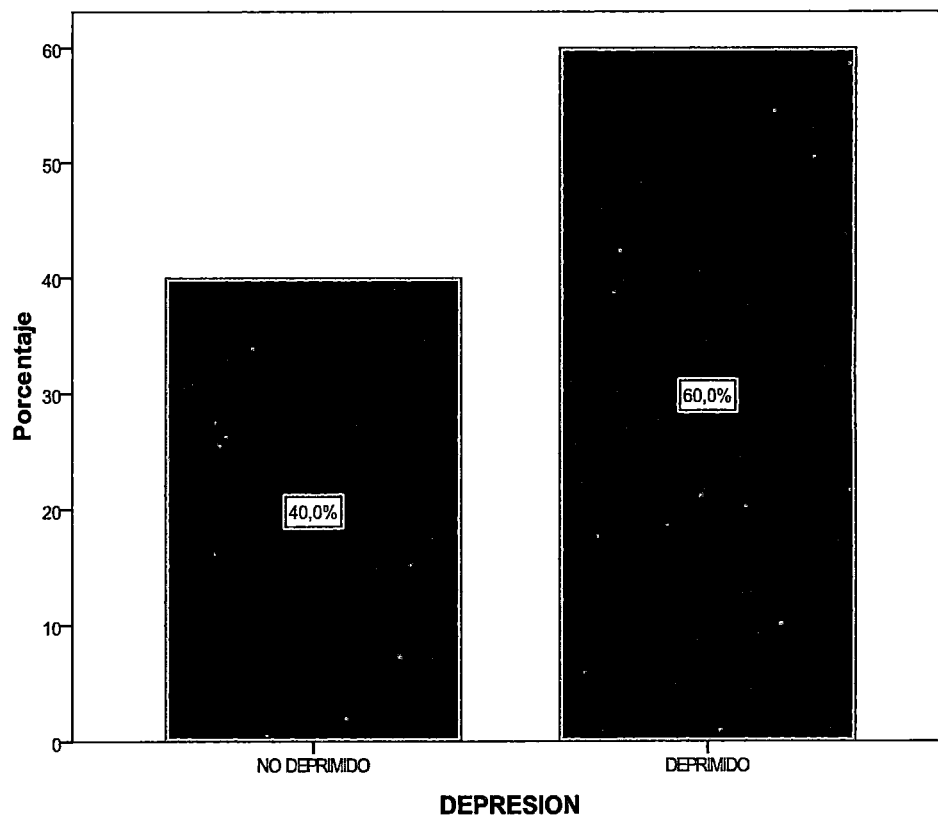
<b>DEPRESIÓN SEGÚN GADS</b>	<b>PACIENTE</b>	
	<b>N°</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>NO DEPRIMIDO</b>	<b>30</b>	<b>40%</b>
<b>DEPRIMIDO</b>	<b>45</b>	<b>60%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011.

**DESCRIPCIÓN:**

En el cuadro con relación a la depresión según GADS los adultos que tienen diabetes mellitus tipo II, el 60% son deprimidos, mientras que el 40% son no deprimidos.

**GRÁFICO N°08**



**FUENTE:** Cuadro N° 08

## CUADRO No. 09

### AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN EN PACIENTES ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL C.A.P. "LUIS PALZA LEVANO" ESSALUD JULIO – 2011.

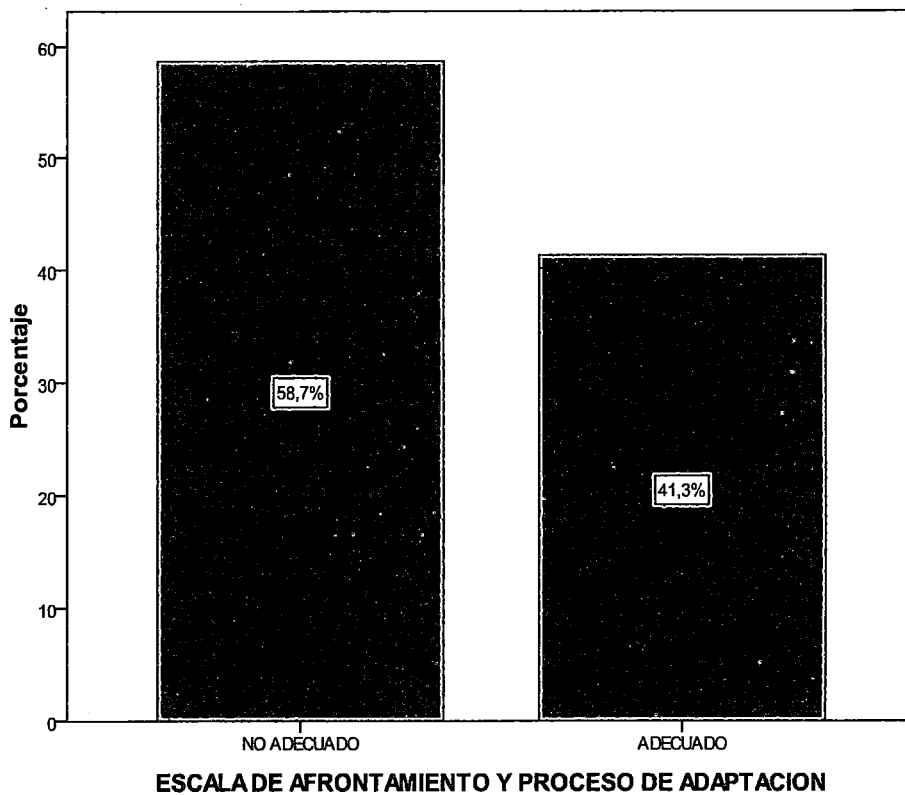
AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN	PACIENTE	
	Nº	PORCENTAJE
NO ADECUADO	44	58,7%
ADECUADO	31	41,3%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011.

#### DESCRIPCIÓN:

En el cuadro con relación al afrontamiento y proceso de adaptación en los adultos y adultos mayores que tienen diabetes mellitus tipo II, el 58.7% presenta un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado, mientras que el 41.3% presenta un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación.

**GRÁFICO N°09**



FUENTE: Cuadro N° 09

**CUADRO No. 10**

**AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN EN RELACIÓN  
CON LAS EDADES DE LOS ADULTOS Y ADULTOS MAYORES  
CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL C.A.P. “LUIS  
PALZA LEVANO” ESSALUD  
JULIO – 2011.**

EDAD	AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN				TOTAL	
	NO ADECUADO		ADECUADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
30 – 59 AÑOS	12	37,5%	20	62,5%	32	100,0%
60 AÑOS A MÁS	32	74,4%	11	25,6%	43	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>58,7%</b>	<b>31</b>	<b>41,3%</b>	<b>75</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE: Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. “Luis Palza Lévano”. Julio – Agosto del 2011

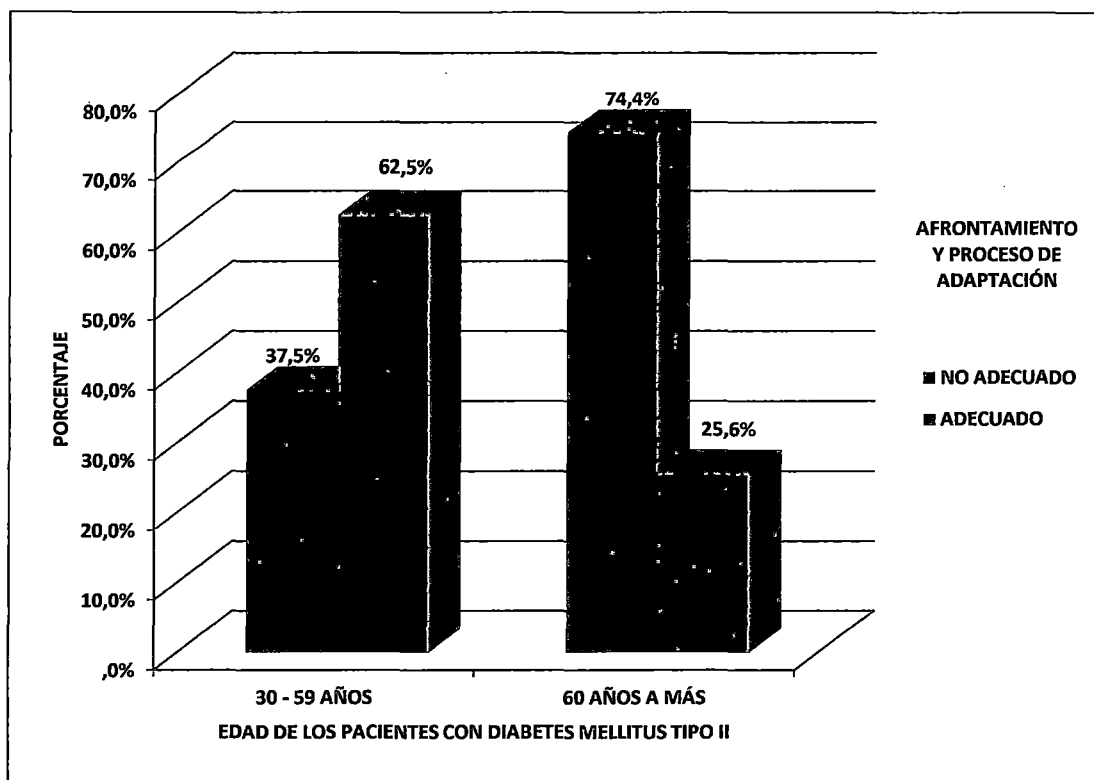
$$x^2 = 10,312^a \quad p = 0,001$$

**DESCRIPCIÓN:**

En el cuadro al relacionar las edades de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que de los adultos de 30 a 59 años el 62.5%(20) presenta un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que un 37.5% (12) presentan un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado.

En el grupo de adultos mayores que comprenden de 60 años a más el 25.6% (11) presenta un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que un 74.4%(32) presentan un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado.

**GRÁFICO N° 10**



FUENTE: Cuadro N° 10

**CUADRO No. 11**

**AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN EN RELACIÓN  
CON EL SEXO DE LOS ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON  
DIABETES MELLITUS TIPO II DEL C.A.P. "LUIS  
PALZA LEVANO" ESSALUD  
JULIO - 2011.**

SEXO	AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN				TOTAL	
	NO ADECUADO		ADECUADO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FEMENINO	27	75,0%	9	25,0%	36	100,0%
MASCULINO	17	43,6%	22	56,4%	39	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>58,7%</b>	<b>31</b>	<b>41,3%</b>	<b>75</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE: Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011.

$$x^2 = 7,617^a$$

$$p = 0,005$$

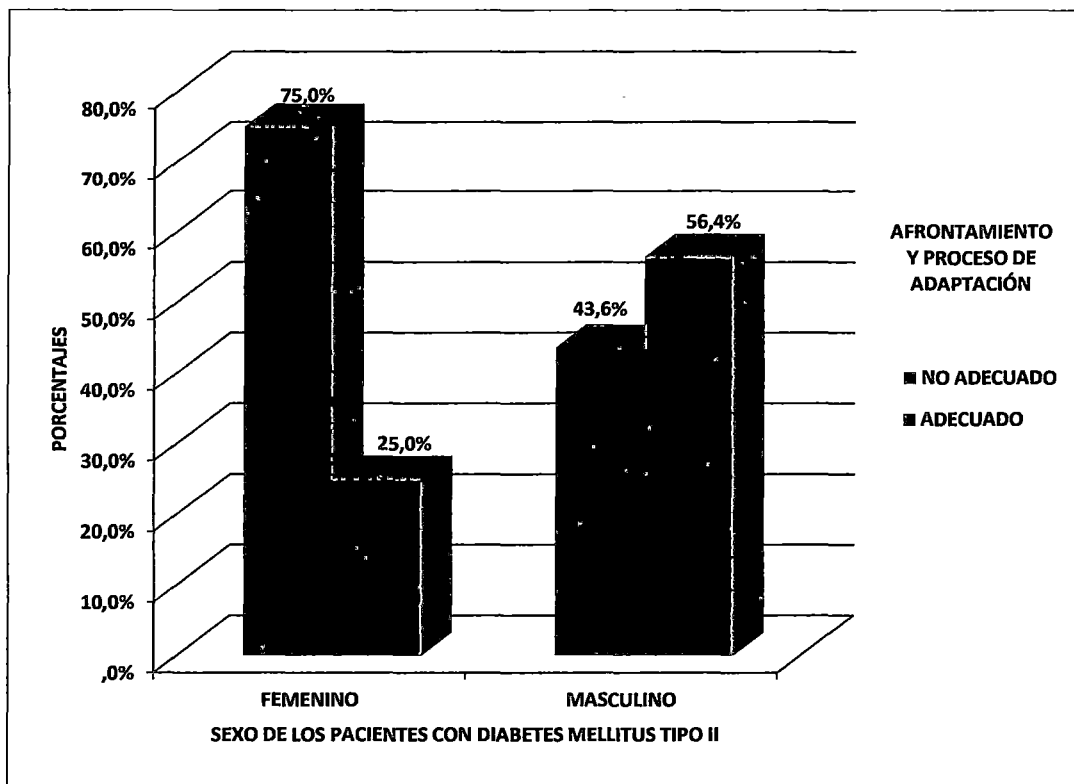
**DESCRIPCIÓN:**

En el cuadro al relacionar el sexo de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que el 25% (9) de los adultos y adultos mayores de sexo femenino tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación,

mientras que el 75% (27) tienen un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado.

En relación al sexo masculino el 56.4% (22) tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 43.6% (17) tienen un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado.

**GRÁFICO N° 11**



FUENTE: Cuadro N° 11

**CUADRO No. 12**

**AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN EN RELACIÓN  
CON EL ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS Y ADULTOS  
MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL  
C.A.P. "LUIS PALZA LEVANO" ESSALUD  
JULIO – 2011.**

ESTADO CIVIL	AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN				TOTAL	
	NO ADECUADO		ADECUADO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SOLTERO(A)	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%
CONVIVIENTE	4	36,4%	7	63,6%	11	100,0%
CASADO(A)	27	55,1%	22	44,9%	49	100,0%
DIVORCIADO(A)	2	100,0%	0	,0%	2	100,0%
VIUDO(A)	9	90,0%	1	10,0%	10	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>58,7%</b>	<b>31</b>	<b>41,3%</b>	<b>75</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE: Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011

$$x^2 = 8,050^a$$

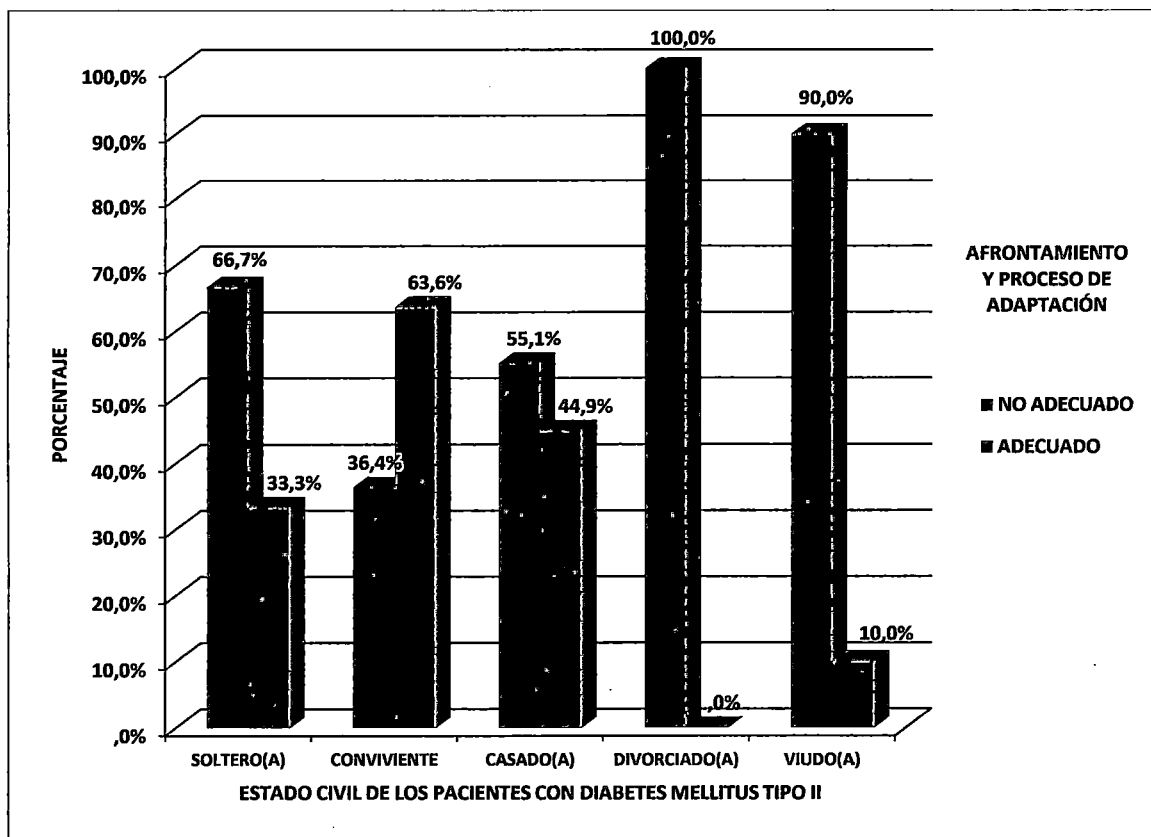
$$p = 0,090$$

**DESCRIPCIÓN:**

En el cuadro al relacionar el estado civil de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que el 33.3%(1) de los adultos y adultos mayores solteros

tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 66.7%(2) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación, el 63.6%(7) de los adultos y adultos mayores convivientes tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 36.4%(4) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación, el 44.9%(22) de los adultos y adultos mayores casados tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 55.1%(27) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación, el 100 %(1) de los adultos y adultos mayores divorciados(as) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación y 10%(1) adultos y adultos mayores viudos(as) tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 90%(9) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación.

**GRÁFICO N° 12**



FUENTE: Cuadro N° 12

**CUADRO No. 13**

**AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN EN RELACIÓN  
CON EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS Y  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II  
DEL C.A.P. "LUIS PALZA LEVANO" ESSALUD  
JULIO – 2011.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN				TOTAL	
	NO ADECUADO		ADECUADO			
	N°	%	N°	%	N°	%
PRIMARIA COMPLETA	6	75,0%	2	25,0%	8	100,0%
PRIMARIA INCOMPLETA	6	85,7%	1	14,3%	7	100,0%
SECUNDARIA COMPLETA	10	55,6%	8	44,4%	18	100,0%
SECUNDARIA INCOMPLETA	6	75,0%	2	25,0%	8	100,0%
SUPERIOR COMPLETA	14	51,9%	13	48,1%	27	100,0%
SUPERIOR INCOMPLETA	2	28,6%	5	71,4%	7	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>58,7%</b>	<b>31</b>	<b>41,3%</b>	<b>75</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE: Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011

$$x^2 = 7,076^a$$

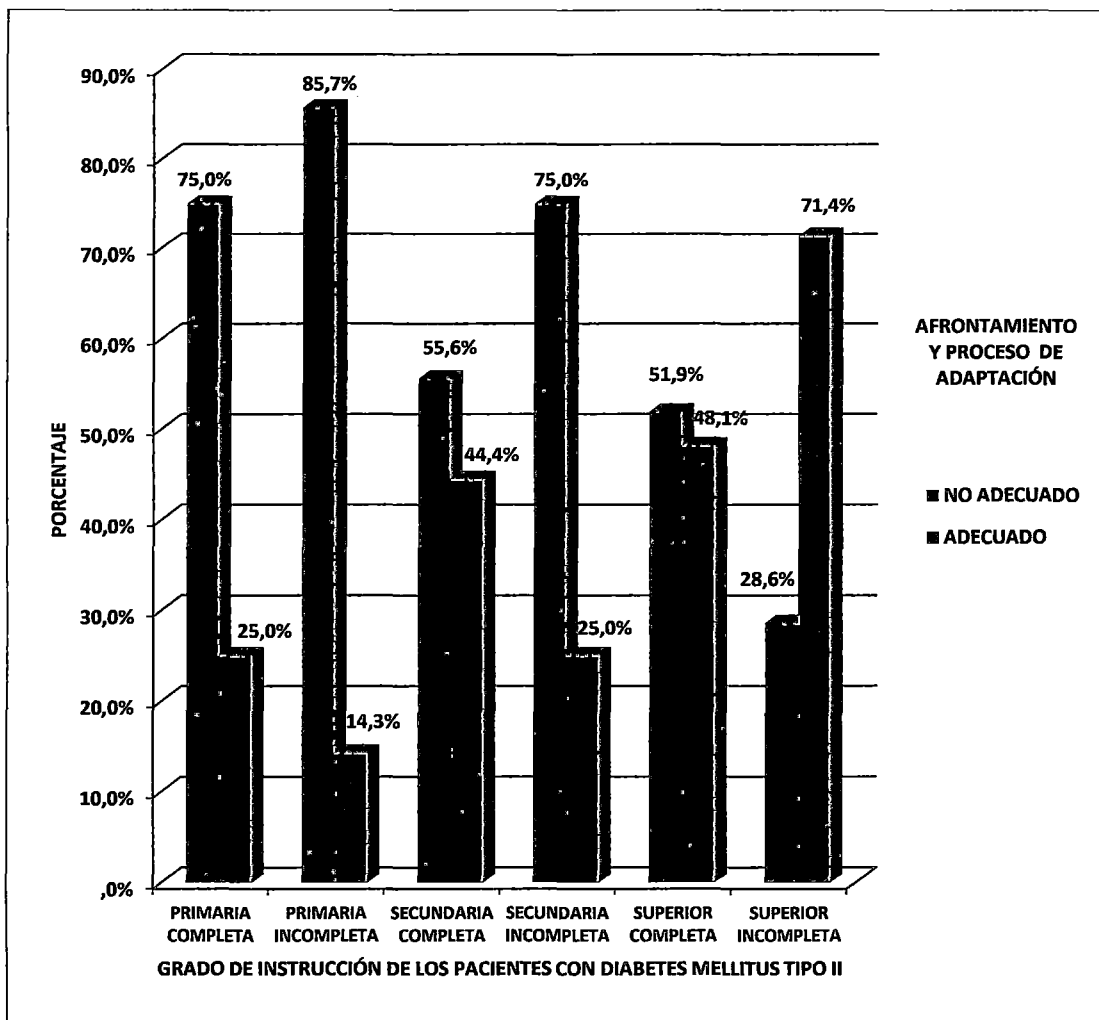
$$p = 0,215$$

**DESCRIPCIÓN:**

En el cuadro al relacionar el grado de instrucción de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que el 25%(2) de los adultos y adultos mayores con primaria completa tienen un adecuado afrontamiento y proceso de

adaptación, mientras que el 75%(6) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación, el 14.3%(1) de los adultos y adultos mayores con primaria incompleta tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 85.7%(6) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación, el 44.4%(8) de los adultos y adultos mayores con secundaria completa tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 55.6%(10) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación, el 25%(2) de los adultos y adultos mayores con secundaria incompleta tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 75%(6) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación, el 48.1%(13) de los adultos y adultos mayores con superior completa tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 51.9%(14) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación, el 71.4%(5) de los adultos y adultos mayores con superior incompleta tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 28.6%(2) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación,

**GRÁFICO N° 13**



FUENTE: Cuadro N° 13

**CUADRO No. 14**

**AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN EN RELACIÓN  
CON LA RELIGIÓN DE LOS ADULTOS Y ADULTOS MAYORES  
CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL C.A.P.**

**“LUIS PALZA LEVANO” ESSALUD**

**JULIO - 2011.**

RELIGIÓN	AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN				TOTAL	
	NO ADECUADO		ADECUADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
CATÓLICO	39	58,2%	28	41,8%	67	100,0%
CRISTIANO/EVANGÉLICO	4	57,1%	3	42,9%	7	100,0%
ADVENTISTA	1	100,0%	0	,0%	1	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>58,7%</b>	<b>31</b>	<b>41,3%</b>	<b>75</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE: Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. “Luis Palza Lévano”. Julio – Agosto del 2011.

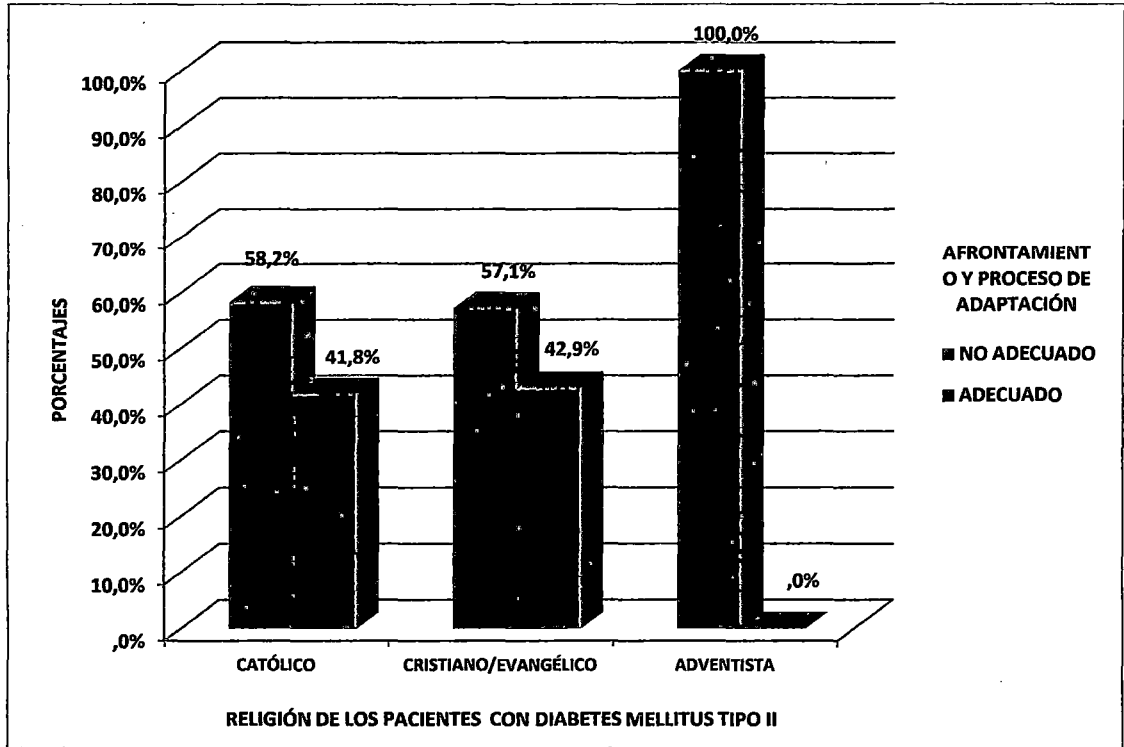
$$x^2=0,717^a \quad p= 0,583$$

**DESCRIPCIÓN:**

En el cuadro al relacionar la religión de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que el 41.8%(28) de los adultos y adultos mayores católicos tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 58.2%(39) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación, el 42.9%(3) de los adultos y adultos mayores cristiano /

evangélico tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 57.1%(4) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación y el 100%(1) de los adultos adventistas tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación.

**GRÁFICO N°14**



FUENTE: Cuadro N° 14

**CUADRO No. 15**

**AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN EN RELACIÓN  
CON LAS PERSONAS CON QUIENES VIVE LOS ADULTOS Y  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II  
DEL C.A.P. "LUIS PALZA LEVANO" ESSALUD  
JULIO – 2011.**

PERSONAS CON QUIENES VIVEN	AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN				TOTAL	
	NO ADECUADO		ADECUADO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CON PAREJAS E HIJOS	14	38,9%	22	61,1%	36	100,0%
CON PAREJA	9	64,3%	5	35,7%	14	100,0%
CON HIJOS	5	55,6%	4	44,4%	9	100,0%
OTROS FAMILIARES Y/O CUIDADORES	5	100,0%	0	0%	5	100,0%
SOLO	11	100,0%	0	0%	11	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>58,7%</b>	<b>31</b>	<b>41,3%</b>	<b>75</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE: Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011.

$$x^2 = 17,298^a$$

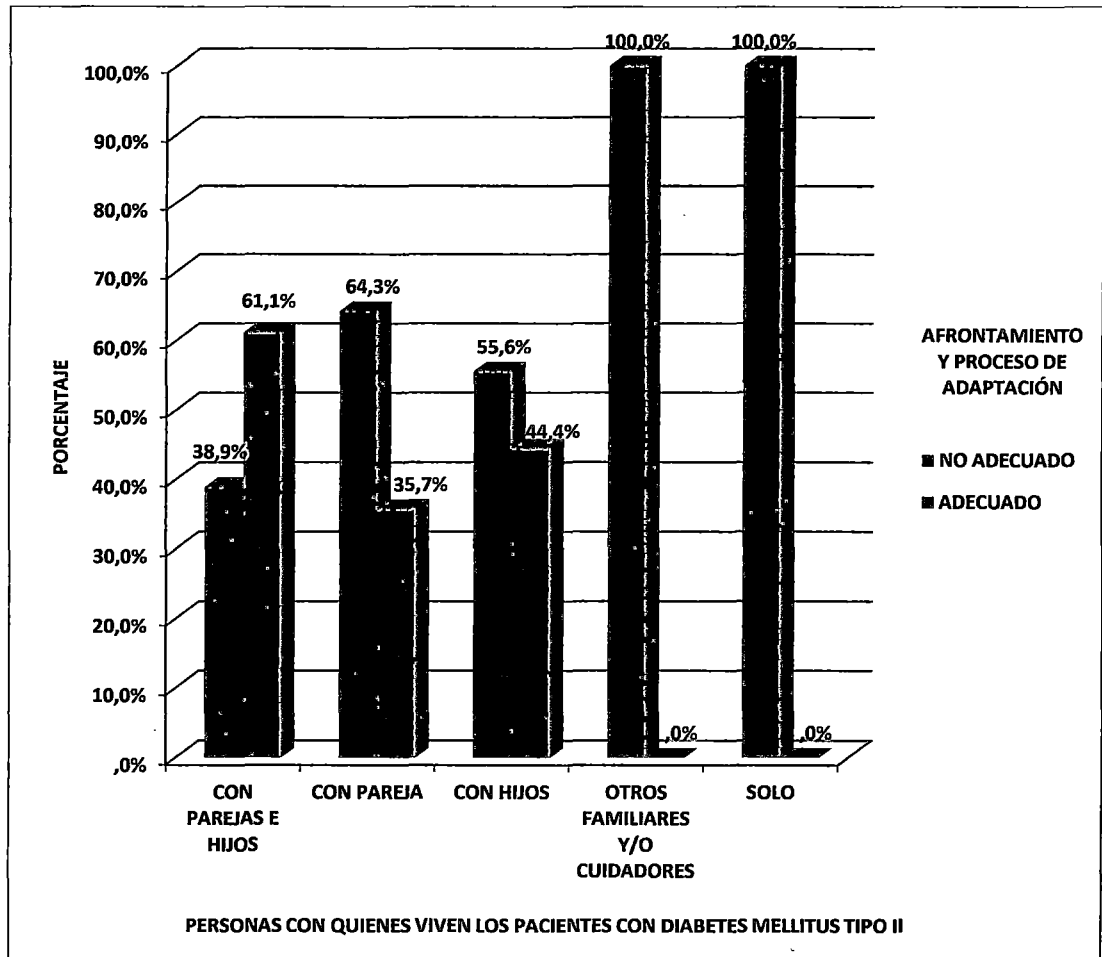
$$p = 0,002$$

**DESCRIPCIÓN:**

En el cuadro al relacionar las personas con quienes viven los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que el 61.1%(22) de los adultos y adultos mayores que viven con sus parejas e hijos tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 38.9%(14) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación; el 35.7%(5) de los

adultos y adultos mayores que viven con sus parejas tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 64.3%(9) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación; el 44.4%(4) de los adultos y adultos mayores que viven con sus hijos tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 55.6%(5) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación; el 100%(5) de los adultos y adultos mayores que viven con otros familiares y /o cuidadores tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación y el 100%(11) de los adultos y adultos mayores que viven solos tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación.

GRÁFICO N°15



FUENTE: Cuadro N° 15

**CUADRO No. 16**

**AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN EN RELACIÓN  
CON LA ANSIEDAD SEGÚN GADS EN LOS ADULTOS Y  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS  
TIPO II DEL C.A.P. "LUIS PALZA LEVANO"  
ESSALUD - JULIO  
2011.**

ANSIEDAD SEGÚN GADS	AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN				TOTAL	
	NO ADECUADO		ADECUADO			
	N°	%	N°	%	N°	%
ANSIOSO	41	93,2%	3	6,8%	44	100,0%
NO ANSIOSO	3	9,7%	28	90,3%	31	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>58,7%</b>	<b>31</b>	<b>41,3%</b>	<b>75</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE: Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011.

$$x^2 = 52,297^a \quad p = 0,000$$

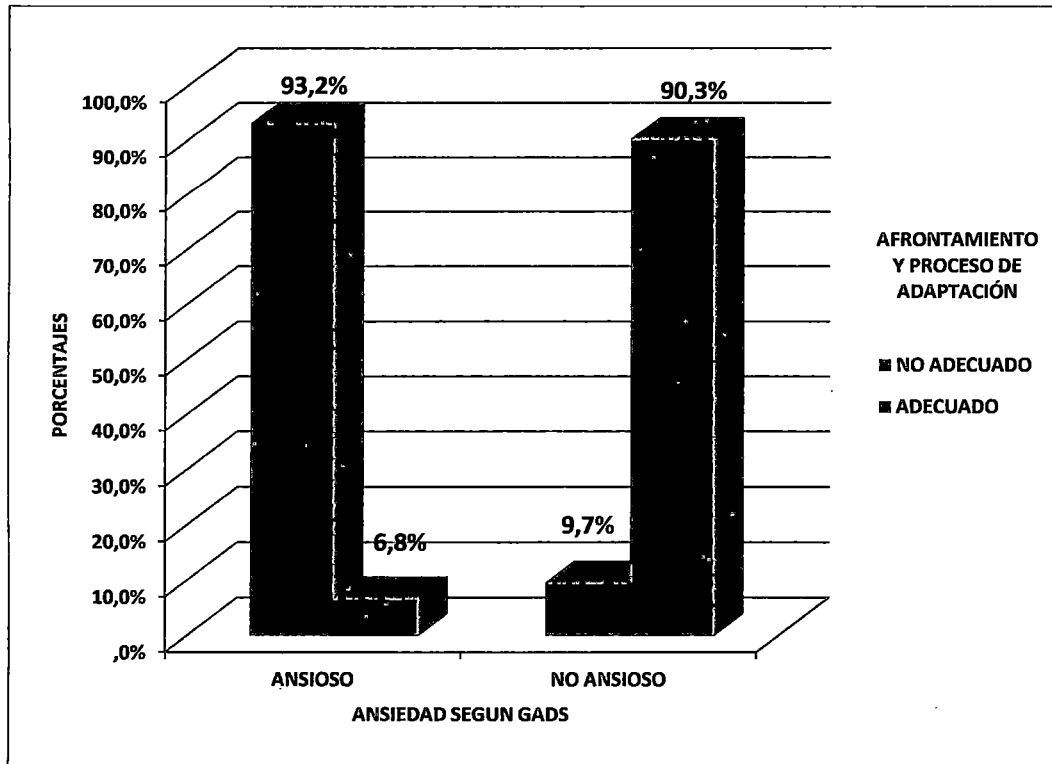
**DESCRIPCIÓN:**

En el cuadro al relacionar la ansiedad según GADS de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que el 6.8%(3) de los adultos y adultos mayores ansiosos tienen un adecuado afrontamiento y proceso de

adaptación, mientras que el 93.2%(41) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación.

En relación a los adultos y adultos mayores no ansiosos el 90.3%(28) tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 9.7%(3) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación.

**GRÁFICO N°16**



FUENTE: Cuadro N° 16

**CUADRO No. 17**

**AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN EN RELACIÓN  
CON LA DEPRESIÓN SEGÚN GADS EN LOS ADULTOS Y  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS  
TIPO II DEL C.A.P. "LUIS PALZA LEVANO"  
ESSALUD - JULIO  
2011.**

DEPRESIÓN SEGÚN GADS	AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN				TOTAL	
	NO ADECUADO		ADECUADO			
	N°	%	N°	%	N°	%
NO DEPRIMIDO	1	3,3%	29	96,7%	30	100,0%
DEPRIMIDO	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>58,7%</b>	<b>31</b>	<b>41,3%</b>	<b>75</b>	<b>100,0%</b>

FUENTE: Cuestionario sobre factores psicosociales y procesos de adaptación aplicado en el C.A.P. "Luis Palza Lévano". Julio – Agosto del 2011.

$$x^2 = 63,132^a$$

$$p = 0,000$$

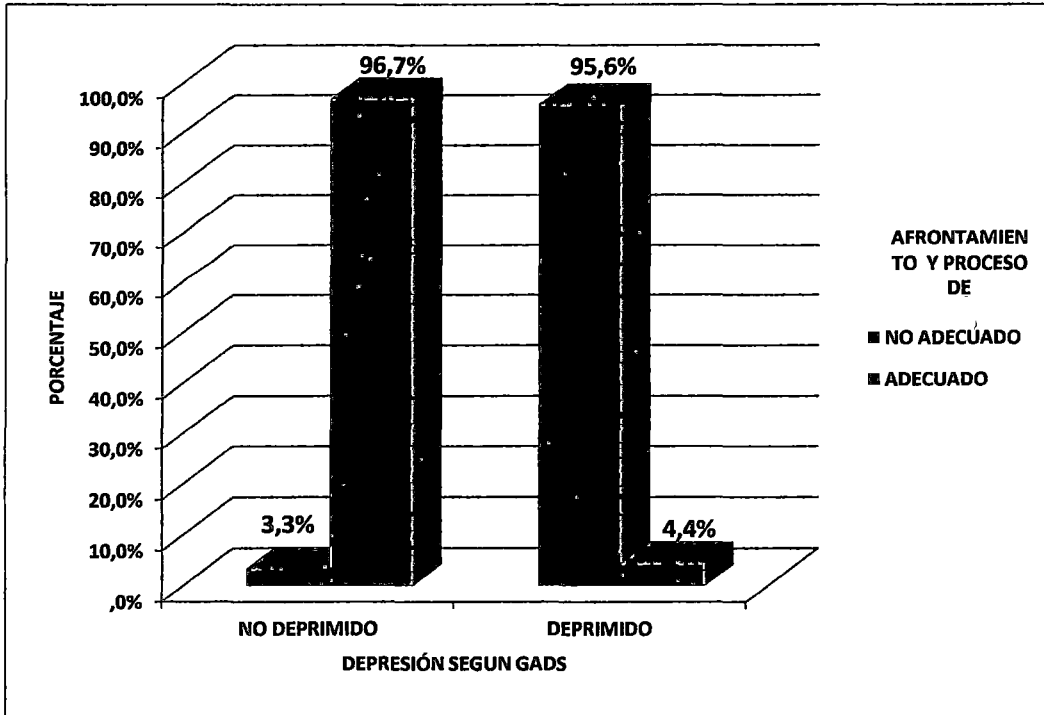
**DESCRIPCIÓN:**

En el cuadro al relacionar la depresión según GADS de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el nivel de afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que el 96.7%(29) de los adultos y adultos mayores no deprimidos tienen un adecuado afrontamiento y

proceso de adaptación, mientras que el 3.3%(1) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación.

En relación a los adultos y adultos mayores deprimidos el 4.4%(2) tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, mientras que el 95.6%(43) tienen no adecuado el afrontamiento y proceso de adaptación.

**GRÁFICO N° 17**



FUENTE: Cuadro N° 17

## 4.2. DISCUSIÓN

Para nuestro análisis tomaremos como referencia lo reportado en la literatura y estudios realizados a nivel local, nacional e internacional.

La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad crónica considerada actualmente como un problema de Salud Pública. Tiene un importante impacto en las personas que la padecen. <sup>(42)</sup>

Varios aspectos de su vida cotidiana, personal, familiar, social y laboral pueden verse afectados, así como su capacidad funcional y calidad de vida. En su Modelo de Adaptación, Roy postula que el subsistema cognoscitivo es el proceso de afrontamiento principal de la persona. Los cuidados y cambios que estas personas deben llevar a cabo para el control de la enfermedad, dependen directamente del compromiso y la responsabilidad que asuman con su enfermedad. <sup>(43)</sup>

El primer objetivo que nos trazamos fue determinar los factores sociales tales como la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, personas con quienes viven y religión de los pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, en el C.A.P. "Luis Palza Lévano" – ESSALUD de Tacna, en el año 2011.

En el cuadro N° 01 se observa que en los adultos y adultos mayores que tienen diabetes mellitus tipo II, la enfermedad se presenta con un 57.3% en el grupo etáreo de 60 años a más.

La diabetes Mellitus Tipo II, es una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto y adulto mayor, ocupando gran parte de los recursos sanitarios en todos los países.

Los resultados nos permiten afirmar, que, la edad en la cual la diabetes Mellitus tipo II se presenta es en la edad adulta mayor con mayores casos de esta enfermedad crónica, lo que coincide con la investigación realizada por Aylin Cuellar (2006) en su investigación "Factores sociodemográficos y su relación con el nivel de conocimientos de los pacientes con diabetes mellitus sobre su autocuidado en el hospital III ESSALUD Tacna – 2006 ", encontrando que las edades donde se presenta la diabetes mellitus es de 63 a 69 años con un porcentaje de 28.3% de la población total en estudio, ya que, la diabetes mellitus tipo II es extremadamente frecuente en el adulto mayor. Su incidencia, como ocurre en otras muchas enfermedades, aumenta con la edad. Se estima que por encima de los 75 años el 20% de la población es diabética. Además, muchos de

estos adultos mayores afectados desconocen en un momento dado que tienen la enfermedad. <sup>(44)</sup>

La importancia de la diabetes en el adulto mayor radica en las complicaciones asociadas a la enfermedad, semejantes a la del adulto. La diabetes es la sexta causa de muerte en los adultos mayores, pero además tiene una contribución importante a la mortalidad cardiovascular. Se sabe que los adultos mayores diabéticos mueren por causa cardiovascular dos veces más que los adultos mayores no diabéticos, y esto se va incrementado además al asociarse la presencia de diabetes con otros factores de riesgo vascular como hipertensión arterial y obesidad. <sup>(45)</sup>

En el cuadro N° 02 se muestra que en mayor porcentaje de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, corresponden al sexo masculino con un 52%.

Investigadores de la Glasgow University, en Reino Unido, descubrieron por qué los hombres son más propensos que las mujeres a desarrollar diabetes mellitus tipo II. En su estudio publicado en 'Diabetologia', demuestran que ellos son biológicamente más susceptibles de padecer diabetes mellitus tipo II, por lo que necesitan

ganar mucho menos peso que ellas para que aparezca esta enfermedad.

Según estos autores, los varones desarrollan esta enfermedad en un índice de masa corporal (IMC) mucho menor que en las mujeres. A su juicio, la distribución de la grasa corporal es importante, pues los hombres tienden a almacenarla en su hígado y alrededor de la cintura.

Mientras, las mujeres tienen mayor cantidad de grasa subcutánea 'segura' almacenada en los muslos y las caderas, por ejemplo. Esto significa que las mujeres necesitan acumular más grasa en general que los hombres para desarrollar los depósitos de grasas dañinas que se vinculan con la diabetes. <sup>(45)</sup>

En el cuadro N° 03 se evidencia que los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, en un 65.3% pertenecen al estado civil casado(a).

Herrera A., Quinteros o., Hernández M (2007) en su estudio Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2. En su estudio más de la mitad de los pacientes están casados, lo que han demostrado que los pacientes portadores de enfermedades

crónicas puedan sobre llevar su padecimiento cuando tienen su pareja como factor protector de riesgo en la diabetes Mellitus tipo II, y el resto del grupo familiar ayudan a solventar las limitaciones, que puedan derivarse de la enfermedad (fallas en la dieta, desajuste emocional), sin apoyo este paciente no está en la mejor disposición, para coexistir con su patología, como lo expresan diversos autores. Estos autores en relación al apoyo y la salud, afirman que un bajo nivel de apoyo influye negativamente sobre el estado de salud. Cuando un paciente con enfermedad crónica tiene apoyo social (influencia de la familia y relaciones personales), los mismos se adhieren al tratamiento y cumplimiento de la terapia integral en general. Algunos estudios señalan que el apoyo del conyugue es importante en el cumplimiento de las enfermedades crónicas, estas aseveraciones le dan valor a la pareja del paciente diabético y a un alto soporte familiar. <sup>(47)</sup>

En el cuadro N° 04 observamos que los adultos y adultos mayores que tienen diabetes mellitus tipo II, en un 36% tienen grado de instrucción superior completa, los datos obtenidos concuerdan con el estudio de investigación realizado por Silva y Quispe (2002); donde muestran un nivel de instrucción alto (65%) observándose que el mayor grado de instrucción constituye un factor favorable en la

adquisición de nuevos conocimientos en el cuidado de su enfermedad. Aun así, se observa que los que presentaron bajo nivel (36.7%) también han tomado conciencia e interiorizado conocimientos sobre su autocuidado frente a la diabetes mellitus tipo II. <sup>(6)</sup>

Así mismo los datos discrepan con la investigación realizada por Díaz Lazo, Beatriz (2005) donde muestra que el grado de instrucción mostrada por la población de estudio, 62.79% tiene primaria, 25.58% secundaria y solo el 11.63% superior. <sup>(48)</sup>

Revisando la bibliografía y estudios realizados, las personas con un nivel de educación superior conocen más sobre su enfermedad y tienden a pedir ayuda cuando la necesitan, mientras que una persona con educación primaria conoce poco o no conoce de su enfermedad, y esto le puede llevar a tener consecuencias quizás lamentables durante el proceso de su enfermedad y además sentimientos de frustración.

En el cuadro N° 05 se evidencia que los adultos y adultos mayores que tienen diabetes mellitus tipo II, el 89.3% pertenecen a la religión católica.

En la actualidad, en el Perú la religión mayoritaria es el catolicismo, según el censo del 2007, el 81,3% de la población mayor de 12 años se considera católica. <sup>(49)</sup>

Según Millar y Thorensen (2003) la religiosidad y la espiritualidad tienen influencia sobre la salud de las personas, debido a que se pueden considerar como estrategias de afrontamiento. La religión se puede definir como un fenómeno institucional; se caracteriza por tener creencias y prácticas particulares, requiere de miembros y modos de organización social. Mientras que la espiritualidad se entiende como trascendencia. Ambas son constructos multidimensionales. <sup>(50)</sup> Por su parte, Zavala, Vázquez y Whetsell (2006) plantean que la espiritualidad es la inclinación que presenta un sujeto para encontrar significado en la vida por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece. Existen diversas concepciones de espiritualidad como por ejemplo los que creen en Dios y los que no lo hacen. <sup>(51)</sup>

Muchas personas con esta patología recurren a la oración, a la fe, a la reflexión o asistir a un templo o congregación religiosa para reconfortarse moral y espiritualmente buscando una interconexión armoniosa que nace de la fortaleza íntima de cada persona. Encontrar y conservar la tranquilidad espiritual sería una de las cuestiones

fundamentales para vivir con una enfermedad como es la Diabetes Mellitus Tipo II. <sup>(52)</sup>

En la práctica de enfermería, promover el bienestar espiritual relacionado con la salud puede ayudar al paciente a afrontar el cambio físico y psicosocial que se produce por el avance progresivo de la cronicidad de las patologías degenerativas. En este sentido, el papel de enfermería implica entender y reflexionar la importancia de la espiritualidad, lo que puede fortalecer de modo eficaz y adecuado el cuidado holístico de los pacientes y de esta manera hacer visible la ayuda profesional en esta dimensión humana.

En el cuadro N° 06 sobre las personas con quienes viven los adultos y adultos mayores que tienen diabetes mellitus tipo II, el 48% vive con sus parejas e hijos, seguido del 18.7% que vive con parejas.

La familia es muy importante en la sociedad. Para Colliere “La familia es un elemento participante del cuidado en el hogar y son la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo social y psicológico para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares”: la familia es el recurso de apoyo para la persona diabética, en diferentes etapas de su desarrollo. Su adecuada participación favorece la salud y calidad de

vida del paciente. En la etapa adulta se ha observado que los cambios en el estado de ánimo e irritabilidad que se relacionan con la hipoglicemia, afecta a los miembros de la familia y su relación con el paciente diabético. <sup>(53)</sup>

Los datos obtenidos concuerdan con el estudio de investigación realizado por Aylin Cuellar (2006) en cuanto a la persona que vive y atiende al paciente diabético en el hogar, 42.5% vive y es atendida por su esposa(o), el 27.5% lo realiza la hija(o) directamente y solo el 2.5% de diabéticos tienen un empleado o cuidador. <sup>(44)</sup>

Tejada, Grimaldo y Maldonado (2006) en su estudio "Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento" refieren que el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo y el desarrollo de un conjunto de conductas que le permiten mantener el control de su enfermedad. Los autores recomiendan que los profesionales de la salud deben considerar la dimensión de la familia e incluso otras redes sociales como otros parientes y amigos cuando brindan atención al enfermo de diabetes. <sup>(11)</sup>

El apoyo de los hijos cuando se lleva esta enfermedad también es crucial ya que los hijos brinda un apoyo moral a sus padres, tanto las hijas como los hijos vigilan la fuerza de voluntad de la mamá o del

papá para cuidar su dieta, muchas veces les hacen compañía y los visitan en el hospital cuando tienen recaídas, en conclusión el apoyo de los familiares interviene de manera positiva en el cuidado y manejo de la Diabetes Mellitus Tipo II. <sup>(52)</sup>

El segundo objetivo que nos trazamos fue determinar los factores psicológicos tales como la ansiedad y la depresión en los pacientes adultos y adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo II, así tenemos que en el cuadro N°07 con relación a la ansiedad según GADS en los adultos y adultos mayores que tienen diabetes mellitus tipo II, se muestra que el 58.7% son ansiosos.

Según estudios realizados de acuerdo a la asociación entre la diabetes mellitus y la ansiedad, De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero (2003) en su estudio "Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II". Los resultados revelaron que el 43% de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida; una de las áreas que sobresalió fue la psicosocial, en donde se evaluaron aspectos emocionales como la ansiedad, depresión, temores, preocupaciones, autoconcepto y algunos elementos de interacción social; el 60% de los pacientes no mostró deterioro y en un 15% fue severo ( $p < 0,003$ ). Los resultados revelan la importancia de

tomar en cuenta los factores psicosociales del paciente en el manejo y control de su enfermedad. <sup>(54)</sup>

El análisis de los resultados obtenidos nos permite afirmar que la ansiedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, influye de manera significativa en la forma como sobrellevan la enfermedad, sabiendo que la ansiedad es una reacción normal que aparece ante determinadas circunstancias y tiene como función estimular la capacidad de respuesta de las personas ante situaciones amenazantes en este caso los pacientes que padecen la diabetes mellitus tipo II, sin embargo, puede convertirse en algo patológico cuando la angustia es desproporcionada al estímulo desencadenante o se produce de forma persistente de tal manera que interfiere con la actividad diaria del individuo limitando su rendimiento, relación social y libertad personal y complicando el estado de salud del paciente diabético.

En el cuadro N° 08 con relación a la depresión según GADS en los adultos y adultos mayores que tienen Diabetes Mellitus Tipo II, se muestra que el 60% son deprimidos.

Pineda y Cols (2004) en su estudio "Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes

mellitus tipo II “plantearon un estudio cuyo objetivo fue determinar los niveles de depresión y su sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II. Los resultados indicaron que un 55% de los pacientes evidenciaron algún nivel de depresión. Los sujetos de sexo femenino evidenciaron niveles más graves de depresión, y un mayor índice de sintomatología característica de esta alteración del estado de ánimo, que los hombres. Las conclusiones del presente estudio confirman la comorbilidad entre la depresión y la Diabetes Mellitus Tipo II y plantean la necesidad de la atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica, debido al impacto potencial que podría tener la depresión en el manejo y la calidad de vida de pacientes con diabetes. <sup>(55)</sup>

Rojas T., Aravena D., Henríquez F., García B. Dr. Trujillo F. (2006). “Trastornos de ánimo en pacientes con diabetes Mellitus tipo II descompensados” Chile. Los resultados indicaron alta incidencia de trastornos del ánimo: 88%. Gran vulnerabilidad de estos pacientes a padecer trastornos psicológicos. Mayor incidencia de depresión que lo mostrado en la literatura. El 62% del total de los pacientes evaluados estaban deprimidos y un 82% presentaban ansiedad esta distribución según test de Goldberg (Ansiedad y Depresión). Las conclusiones del presente estudio confirman que los trastornos del ánimo evaluados (depresión, ansiedad y estrés) se presentan con una alta incidencia

en pacientes con diabetes mellitus tipo II descompensados, predominando la depresión. <sup>(12)</sup>

Los resultados nos permiten afirmar que la depresión en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, influyen de manera significativa en la forma como sobrellevan la enfermedad los pacientes diabéticos, estos resultados ponen en alerta al personal de enfermería, tomando como principal medida una evaluación psicológica más profunda en los pacientes o derivarlos a la especialidad de psicología, ya que, se predispone al paciente diabético a mayores complicaciones si estas no son tomadas con profesionalismo.

En el cuadro N° 09 con relación al afrontamiento y proceso de adaptación en los adultos y adultos mayores que tienen diabetes mellitus tipo II, el 58.7% presenta un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado.

Callista Roy, define el afrontamiento como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza una persona para atender las demandas del ambiente, los cuales actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad.

Se refiere al afrontamiento y a los procesos de adaptación como a un constructo multidimensional que representa las respuestas o modo fisiológico y psicosocial. Como sistema posee niveles jerárquicos pues abarca procesos cognoscitivos tanto a nivel de entradas o estímulos, procesos internos o centrales, como de salidas o respuestas. <sup>(43)</sup>

Los datos obtenidos discrepan con los del estudio realizado por Flórez I. (2009) en su trabajo de investigación "Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Cartagena, Colombia" realizado en 171 pacientes egresados de unidades de cuidados intensivos durante el segundo semestre de 2009. Se empleó la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. Los resultados fueron que la capacidad de afrontamiento y adaptación fue del 63,2% de los participantes se ubicó en el nivel de alta capacidad, el 19,9% en el mediana, y la baja capacidad de afrontamiento y adaptación reportó 1,2%

La capacidad de afrontamiento y adaptación le permite al ser humano responder mediante comportamientos, pensamientos o emociones a eventos estresantes, como es padecer de una la enfermedad crónica. Es importante que las enfermeras conozcan e identifiquen estas respuestas a fin de promover la adaptación e identificar en los pacientes estrategias adecuadas o inefectivas y orientar el cuidado.

El Modelo de Callista Roy permite a las enfermeras avanzar en el desarrollo de la práctica, disciplinar y fortalecer la autonomía profesional a partir de su aplicación. La escala diseñada por Roy permite identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación en los pacientes en estudio, que fortalece la práctica profesional y el cuidado.

El tercer objetivo que nos trazamos fue relacionar los factores psicosociales y su influencia en el afrontamiento y proceso de adaptación en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, así tenemos que en el cuadro N°10 al relacionar las edades de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que de los adultos de 30 a 59 años el 62.5% presenta un adecuado nivel de afrontamiento y proceso de adaptación

En el grupo de adultos mayores que comprenden de 60 años a más un 74.4% presentan un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado.

Aplicando la prueba de Chi - cuadrado, con el 95% de confiabilidad y un nivel de significancia del  $p < 0.05$ . La edad influye de manera significativa con el afrontamiento y proceso de adaptación.

El análisis de los resultados sostiene el hecho de que a medida que las personas tienen más edad existe un cambio en los procesos de afrontamiento y adaptación a la enfermedad en este caso a la diabetes mellitus tipo II. <sup>(57)</sup>

En el estudio de Manuel Oquendo (2003) concluye que los pacientes comprendidos entre 31 y 40 años las estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación de los problemas ligados a la búsqueda de apoyo fueron ligeramente más frecuentes ya que los pacientes mostraron un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación de la diabetes mellitus tipo II. Entre las edades de 41 y 50 años, el afrontamiento de los aspectos propios de la enfermedad alcanzó prácticamente un equilibrio entre acción directa e inhibición de la acción. Sin embargo, a medida que las personas van aproximándose a los 50 o sesenta años otros factores entran en juego, por ejemplo, el hecho de que la independencia y la productividad se ven mermadas, y suele asociarse una dispersión del núcleo familiar que limita el factor de apoyo social tan necesario en los procesos de afrontamiento. <sup>(7)</sup>

Podemos entonces afirmar que la edad influye de manera significativa en el afrontamiento y proceso de adaptación de la enfermedad, ya que, las formas en que la diabetes puede afectar a quien la sufre variaron ampliamente a diferentes edades, los recursos que dispone la persona para hacer frente a la enfermedad y los mecanismos de

afrontamiento y proceso de adaptación son muy diferentes que emplean para mejorar su salud.

En el cuadro N° 11 al relacionar el sexo de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el nivel de afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que de los adultos y adultos mayores del sexo femenino el 75% tiene un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado.

En relación al sexo masculino el 56.4% tienen un adecuado nivel de afrontamiento y proceso de adaptación.

Aplicando la prueba de Chi - cuadrado, con el 95% de confiabilidad y un nivel de significancia del  $p < 0.05$ . El sexo influye de manera significativa con el afrontamiento y proceso de adaptación.

En términos teóricos, encontramos que existen también diferencias en el afrontamiento entre varones y mujeres, caracterizándose estas últimas por un afrontamiento más activo y dominador, mientras que los varones demuestran rasgos más dependientes, sin embargo deben tomarse en cuenta siempre factores individuales y no caer en la generalización excesiva, ya que como fue apreciado en las estrategias de afrontamiento la evitación, el distanciamiento y la

inhibición son los patrones más empleados entre las mujeres del estudio.

Por otra parte Yi Frazier (2009). En su estudio "Análisis centrado de los recursos de resiliencia y supervivencia en pacientes con diabetes". Estudiaron las estrategias de afrontamiento y la resiliencia en pacientes con diabetes. Esta investigación tiene la peculiaridad de haber medido "resiliencia" a través de la autoeficacia, autoestima, autocontrol y optimismo. Los autores encontraron que no existen diferencias entre los diabéticos tipo 1 y tipo 2 en cuanto a sus estrategias de afrontamiento y sus recursos de resiliencia. Las mujeres mostraron ser menos resilientes y emplear más estrategias evitativas en comparación con los hombres. No hallaron relación entre el control de la glucosa y la resiliencia.

El análisis de los resultados y estudios realizados nos permiten afirmar que de los adultos y adultos mayores el afrontamiento y proceso de adaptación de la diabetes mellitus tipo II, fue encontrado que las mujeres que participaron de la muestra, tenían un nivel no adecuado de afrontamiento y proceso de adaptación, a diferencia de los varones, que utilizaron en mayor proporción de estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación frente a la diabetes mellitus tipo II.

En el cuadro N° 12 al relacionar el estado civil de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el nivel de afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que de los adultos y adultos mayores solteros el 66.7% tiene un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado, el 63.6% de los adultos y adultos mayores convivientes tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, el 55.1% tiene un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado, el 100% de los adultos y adultos mayores divorciados(as) tiene un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado y en adultos y adultos mayores viudos(as) el 90% tiene un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado.

Aplicando la prueba de Chi - cuadrado, con el 95% de confiabilidad y un nivel de significancia del  $p < 0.05$ . El estado civil no influye de manera significativa con el afrontamiento y proceso de adaptación.

Al realizar el análisis se observa que los resultados obtenidos discrepan con la bibliografía y estudios realizados, en su estudio de investigación Manuel Oquendo Cortez (2003) Bolivia, concluye que el hecho de que una persona que sufre diabetes sea soltera o casada reviste gran importancia, ya que, la diabetes se constituye en una seria alteración en la vida de los allegados al paciente diabético, tanto

por sus complicaciones instrumentales como por sus efectos emocionales. Entre los sujetos solteros el afrontamiento dirigido al problema se basa en el auto-reproche y la inhibición de la acción predominantemente. En cambio, los sujetos que se encuentran casados o conviven con una pareja la acción directa son ampliamente predominantes en el afrontamiento dirigido al problema. En el último caso (los sujetos divorciados o separados) la evitación es la categoría de afrontamiento dirigido al problema más usado por ellos. <sup>(7)</sup>

La importancia del estado civil en relación al afrontamiento y proceso de adaptación de la enfermedad radica en el apoyo social en dicho proceso que se expresa en muchos sentidos, implica apoyo emocional, apoyo informativo e incluso material. En el caso de la diabetes, este hecho es muy importante ya que las necesidades en términos de dieta, hábitos alimenticios, ejercicio y conocimientos necesarios son hechos que hacen a la familia y deben ser compartidos por todos ellos.

En el cuadro N° 13 al relacionar el grado de instrucción de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el afrontamiento y proceso de adaptación, el 75% los adultos y adultos mayores con primaria completa tienen un afrontamiento y proceso de adaptación

no adecuado, en los adultos y adultos mayores con primaria incompleta el 85.7% tienen un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado, en los adultos y adultos mayores con secundaria completa el 55.6% tienen un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado, en los adultos y adultos mayores con secundaria incompleta el 75% tienen un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado, en los adultos y adultos mayores con superior completa el 51.9% tiene un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado y el 71.4% de los adultos y adultos mayores con superior incompleta tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación.

Aplicando la prueba de Chi - cuadrado, con el 95% de confiabilidad y un nivel de significancia del  $p < 0.05$ . El grado de instrucción no influye de manera significativa con el afrontamiento y proceso de adaptación.

Estos resultados obtenidos discrepan con la bibliografía y estudios realizados Manuel Oquendo Cortez (2003) Bolivia, encontrando que el nivel de instrucción de un individuo se constituye en un elemento de análisis importante ya que define en buena medida la cantidad y la calidad de información que reciba, aunque no necesariamente su mayor o menor comprensión.

Existe una correlación interesante entre la representación cognitiva de la enfermedad y el nivel de instrucción de los sujetos de la muestra, ya que en el grupo de formación escolar, un 90% define la diabetes como amenaza, en el grupo de sujetos que llegó a concluir el bachillerato la percepción de amenaza sigue siendo más frecuente pero sólo con el 70%. La percepción de amenaza también es más frecuente con 60% en el grupo de pacientes que alcanzaron formación universitaria o técnica y en el grupo que realizó estudios de postgrado el 80% de los sujetos percibe su enfermedad como un desafío.

En lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento dirigido a la emoción, encontramos como categoría más empleada en el grupo de instrucción escolar la acción directa, en los sujetos bachilleres, la inhibición de la acción y auto-reproche, el grupo de universitario o técnicos utiliza una variedad mucho mayor de estrategias ya que sus resultados son mucho más equilibrados, recurren al auto-reproche, inhibición de la acción, búsqueda de información y evitación con frecuencias muy equilibradas.

El grupo que cuenta con estudios de postgrado utiliza inhibición de la acción, búsqueda de apoyo y acentuación de aspectos positivos con una frecuencia muy aproximada entre cada uno. En el afrontamiento

al problema se observa gran equilibrio entre las categorías de afrontamiento.

En éste caso la correlación demuestra que a mayor nivel de instrucción mayor disponibilidad de recursos de afrontamiento.<sup>(7)</sup>

Y en contraposición con los estudios realizados por la de la Universidad Católica Boliviana - La Paz , en relación al estudio muestran varios puntos contrarios a los resultados obtenidos en nuestro trabajo de investigación estas diferencias de resultados se debe a las diferencias culturales, económicas que existe entre Perú y Bolivia.

En el cuadro N° 14 al relacionar la religión de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el afrontamiento y proceso de adaptación, en los adultos y adultos mayores católicos el 58.2% tiene un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado, en los adultos y adultos mayores cristiano/evangélicos el 57.1% tiene un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado y el 100% de los adultos y adultos mayores adventistas tienen un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado.

Aplicando la prueba de Chi - cuadrado, con el 95% de confiabilidad y un nivel de significancia del  $p < 0.05$ . La religión no influye de manera significativa con el nivel de afrontamiento y proceso de adaptación.

Al realizar el análisis se observa que los resultados obtenidos en el trabajo discrepan con el estudio realizado por Japcy Margarita Quiceno (2011). Universidad de San Buenaventura, Bogotá. A nivel descriptivo se aprecia que, para los pacientes de este estudio es muy importante el ser miembro de un grupo que comparta las mismas creencias como medio de apoyo social, que les brinde ayuda y aprobación o consuelo en momentos de dificultad. Igualmente como estrategias para sobrellevar las enfermedades es fundamental para ellos tener objetos y símbolos espirituales, escuchar música religiosa, leer libros o textos de inspiración espiritual-religiosa (Biblia), asistir y participar a las celebraciones de la iglesia y recibir la comunión.

A nivel comparativo se observa en esta investigación que las creencias y prácticas religiosas y espirituales, el apoyo social religioso y las estrategias de afrontamiento religioso y no religioso son completamente independientes de variables sociodemográficas como género, con quien vive, estado civil y tiempo de diagnóstico. Por el contrario se aprecia que variables como la edad tienen asociación positiva con el apoyo social religioso y el afrontamiento religioso, es decir, cuanto más edad tenga el paciente en este caso ser adultos

cercanos a la senectud es más probable que busquen compartir con personas de su misma comunidad religiosa-espiritual para tener apoyo consuelo, hablar de su situación presente, o participar en los actos y prácticas de los ritos propios de su grupo guía. <sup>(14)</sup>

Y en contraposición con los resultados obtenidos con la Universidad de San Buenaventura, (2009) Bogotá, en el estudio realizado en el C.A.P. “Luis Palza Lévano” la religión no tiene relación significativa con el nivel de afrontamiento y proceso de adaptación de la diabetes mellitus tipo II.

En el cuadro N° 15 al relacionar las personas con quienes viven los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el nivel de afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que el 61.1% de los adultos y adultos mayores que viven con sus parejas e hijos tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación, en los adultos y adultos mayores que viven con sus parejas el 64.3% tienen un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado, en los adultos y adultos mayores que viven con sus hijos el 55.6% tienen un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado, el 100% de los adultos y adultos mayores que viven con otros familiares y /o cuidadores tienen un de afrontamiento y proceso de adaptación no

adecuado y el 100 de los adultos y adultos mayores que viven solos tiene un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado.

Aplicando la prueba de Chi - cuadrado, con el 95% de confiabilidad y un nivel de significancia del  $p < 0.05$ . Las personas con quienes viven los pacientes con diabetes mellitus tipo II influyen de manera significativa con el nivel de afrontamiento y proceso de adaptación.

Realizando el análisis de los cuadros y estudios realizados se afirma que las personas con quienes viven los pacientes con diabetes mellitus tipo II influyen significativamente con el afrontamiento y proceso de adaptación.

Según el estudio realizado por Lic. Enf. Eva Victoria Hidalgo Carpio (2005). Universidad Mayor de San Marcos – Lima. Menciona, que el apoyo familiar continúa siendo un factor social preponderante para que los pacientes cumplan con su autocuidado, concordante con los resultados. Como se sabe la familia es la mayor fuente de apoyo para el paciente diabético, por lo que su adecuada participación favorece la salud y calidad de vida de los mismos, es así que la familia orientada hacia determinados objetivos, sin rigidez, ni estricto control, bajos niveles de conflicto, crítica y tensión, se relaciona con un mejor control metabólico del paciente diabético.

Según los resultados obtenidos podemos afirmar que la familia es un elemento principal del cuidado en el hogar, es un recurso de apoyo para la persona diabética, en diferentes etapas de su desarrollo; su adecuada participación favorece la salud y la calidad de vida del paciente, por lo que es muy importante que la familia participe en el cuidado y la forma como el paciente diabético busca niveles de afrontamiento y procesos de adaptación de su enfermedad, para así poder prevenir las diferentes complicaciones de la diabetes como es la ansiedad o la depresión que le puede llevar la ausencia de sus familiares, llegando a complicar las esferas biopsicosocial y espiritual del paciente y familia. <sup>(10)</sup>

Se infiere que es importante resaltar que a pesar que la mayoría de pacientes asume su nivel de afrontamiento y proceso de adaptación frente a la enfermedad con responsabilidad teniendo al lado a sus familiares, lo que se demuestra que han aprendido a aceptar y vivir con su enfermedad y que son conscientes de los cuidados que deben tener, por otro lado la familia está cumpliendo un rol primordial en apoyar a los diabéticos en su proceso de adaptación para así prevenir las complicaciones de la diabetes y llevar una mejor calidad de vida.

En el cuadro N° 16 al relacionar el nivel de ansiedad según GADS de los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que el 93.2% de los adultos y adultos mayores ansiosos tienen un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado.

En la relación los adultos no ansiosos el 90.3% tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación.

Aplicando la prueba de Chi - cuadrado, con el 95% de confiabilidad y un nivel de significancia del  $p < 0.05$ . La ansiedad según GADS influye de manera significativa con el afrontamiento y proceso de adaptación.

Los datos obtenidos concuerdan con los del estudio realizado por De los Ríos, Barrios y Ávila (2004) efectuaron su estudio con el propósito de examinar la frecuencia de alteración emocional en una muestra de 100 pacientes con insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética. Los resultados indicaron que el 86% de los pacientes cursaban con algún grado de alteración emocional; tuvieron más riesgo de padecerla aquéllos con más de diez años de evolución de su enfermedad. Se concluyó que la alteración emocional en este tipo de pacientes es alta y está asociada a la evolución degenerativa del padecimiento. <sup>(58)</sup>

El análisis de los resultados y los estudios realizados nos permiten afirmar que la ansiedad influye de manera significativa en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, buscando niveles de afrontamiento y procesos de adaptación frente a su enfermedad, sabiendo que la ansiedad es una reacción emocional ante un peligro o amenaza en este caso a la diabetes mellitus tipo II, en los resultados obtenidos se muestra que los pacientes ansiosos en un porcentaje alto 93.2% tienen un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado frente a su enfermedad.

En el Cuadro N° 17 al relacionar la depresión según GADS en los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con el nivel de afrontamiento y proceso de adaptación, se observa que el 96.7% de los adultos y adultos mayores no deprimidos tienen un adecuado nivel de afrontamiento y proceso de adaptación.

En relación a los adultos deprimidos el 95.6% tiene un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado.

Aplicando la prueba de Chi - cuadrado, con el 95% de confiabilidad y un nivel de significancia del  $p < 0.05$ . La depresión según GADS influye de manera significativa con el nivel de afrontamiento y proceso de adaptación.

Pineda, Bermúdez y Cano (2004) en el estudio hecho en Santiago de Chile sobre los niveles de depresión en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, el cual confirma la comorbilidad entre la depresión y la diabetes Mellitus tipo II y plantean la necesidad de la atención psicología a poblaciones clínicas con esta condición crónica debido al impacto potencial que podía tener la depresión en el manejo y la calidad de vida de pacientes con diabetes. <sup>(55)</sup>

Tanto los que han estudiado la depresión como los que han estudiado al enfermedad coinciden en que las situaciones críticas en la vida de un ser humano demandan disposiciones y capacidades específicas para sobrellevarlas, entre las cuales se destacan la de aceptación, adaptación, afrontamiento, constancia, comunicación, la apretura a la búsqueda de apoyo y la actitud pro – activa, que pueden variar entre personas y persona o ser inexistentes en última instancia. <sup>(59)</sup>

El análisis de los resultados y los estudios realizados nos permite afirmar que los pacientes con diabetes mellitus tipo II deprimidos muestra un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado, repercutiendo estos factores en su salud y en el manejo de su enfermedad y la manera como lo perciben ellos mismos la situación de la diabetes.

## CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis realizado se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Los factores sociales en los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II son: en cuanto a la edad los de mayor índice se da entre los de 60 años a más (55.3%), el sexo masculino (52%) presenta mayor índice de casos de diabetes mellitus, con respecto al estado civil el mayor porcentaje es de los pacientes casados (65.3%); según el grado de instrucción predominó el nivel superior completo (36%), en cuanto a la religión (89.3%) el mayor porcentaje es de católicos y según las personas con quienes viven los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus el mayor porcentaje viven con sus parejas e hijos (48%).
2. Referente a los factores psicológicos de la población de estudio se muestra que los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II (58.7%) son ansiosos y deprimidos (60 %).
3. Se determinó los factores psicosociales que influyen en el afrontamiento y proceso de adaptación en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, estos factores

psicosociales son: la edad donde los adultos mayores que comprenden de 60 años a más (74.4%) tienen un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado; referente al sexo se observó que el sexo masculino (56.4%) muestra un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación.

En relación a las personas con quienes viven los adultos y adultos mayores (61.1%) viven con sus parejas e hijos y tienen un adecuado afrontamiento y proceso de adaptación. En cuanto a la ansiedad y depresión se muestra que los pacientes ansiosos (93.2%) y los pacientes deprimidos (95.6%) tienen un afrontamiento y proceso de adaptación no adecuado.

4. Donde concluimos que nuestra hipótesis planteada: Los factores psicosociales influyen significativamente en el afrontamiento y proceso de adaptación en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, en el C.A.P. "Luis Palza Lévano" – ESSALUD de Tacna, en el año 2011 es significativa, presentando características ya mencionadas; se acepta como válida la hipótesis general.

## RECOMENDACIONES

1. El personal de enfermería debe facilitar información tanto al paciente diabético como a su familia utilizando un lenguaje sencillo y claro durante las consejerías de enfermería, teniendo en cuenta los momentos de angustia, de acuerdo a la situación y características de cada familia y ofreciéndoles un espacio adecuado en el que puedan verbalizar lo que les preocupa acerca de la situación de salud del paciente con diabetes mellitus.
2. Enfatizar el apoyo emocional en las orientaciones y consejerías de enfermería que se brinde al paciente diabético para favorecer su bienestar no solo físico sino integral.
3. Establecer al momento de la consulta de enfermería la atención integral con la correspondiente referencia a los diferentes problemas que puede estar padeciendo el paciente no solo en el ámbito físico sino también en la esfera psicológica, ya que, si el paciente está bien psicológicamente tendrá un adecuado nivel de afrontamiento y proceso de adaptación frente a su enfermedad, es importante también tener contacto con el cuidador ya que es factor importante en la recuperación y mantenimiento de la salud del paciente diabético.

4. Utilizar un modelo de enfermería en una investigación permite guiar de manera ordenada y sistematizada el trabajo del enfermero o enfermera, además define claramente el rol que se cumple basado en fundamentos propios de la disciplina.

En este contexto el modelo de Adaptación de Callista Roy entrega muchos elementos para desarrollar el trabajo de enfermería. La ventaja que ofrece este modelo frente a otros es la posibilidad de conocer los diversos estímulos participantes en una situación dada, y de este modo, manipularlos para lograr la adaptación del usuario, por intermedio de un plan de intervención biopsicosocial de la persona. La Adaptación como fin último le da la característica definitoria a este modelo, permitiendo su aplicación en la vida cotidiana, donde diariamente las personas se deben adaptar a nuevos sucesos o circunstancias.

5. Que el presente trabajo de investigación sirva como base para la realización de futuras investigaciones que permitan identificar otros factores psicosociales que con lleven a relacionar como el paciente con diabetes mellitus tipo II busca niveles de afrontamiento y procesos de adaptación de su enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS 2011. Suiza: OMS; 2011.
2. Ministerio de Salud. Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2. Santiago: Minsal; 2010.
3. Girón J., Pinto M., Tejada E., Calizaya G., Flores Vi., Bravo A. Análisis de Situación de salud. ASIS – 2010; Pág. 25 - 35
4. Girón J., Pinto M., Tejada E., Flores V. Análisis de Situación de salud – Región de Salud Tacna. ASIS – 2010; Pág. 32 – 34
5. Pollock S. Pollock S. “La Adaptación a las Enfermedades Crónicas”: [periodico en la Internet] ,1993, [Consultado Marzo, 2008] Disponible en <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/6/2/86>
6. Silva y Quispe. Capacidad de Autocuidado del paciente diabético del Hospital Daniel Alcides Carrión. [trabajo para optar el titulo de licenciatura de enfermería]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2002.
7. Oquendo M. Variables que Intervienen en el Estilo de Afrontamiento de la Diabetes. Rev. Journal Boliviano de Ciencias. 2003; 5 (12).
8. De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II”. Rev. Méd. IMSS, 2003; 42(2): 109 – 116.

9. Pineda N., Bermúdez V., Cano C. Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. AVFT. 2007; 23 (1): 74 – 78.
10. Hidalgo E. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de diabetes del hospital nacional dos de mayo. [Trabajo para optar el Título de licenciatura de enfermería] Lima: Universidad nacional Mayor de San Marcos octubre – 2005.
11. Tejada L., Grimaldo B., Maldonado O. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar. Rev. Salud Pública y Nutrición. 2006; 7 (1).
12. Rojas T., Aravena D., Henríquez F., García B. Dr. Trujillo F. "Trastornos de ánimo en pacientes con diabetes Mellitus tipo II descompensados" Chile. 2006.
13. Zavala M., Whetsell M. "Fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. Aquichan. 2007; 7(2): 174-178.
14. Quiceno J., Vinaccia S., "Creencias - prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos". Ed. Bonaventuriana. 2011; 5(1): 25 – 36.

15. Lazcano, M. Salazar, B. Estrés percibido y adaptación en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Rev. lit. Aquichan Chia. 2007; 7(1): 77-84.
16. Yi-Frazier J., Smith R., Vitaliano P., et al. Análisis centrado de los recursos de resiliencia y supervivencia en pacientes con diabetes Rev. estrés y la salud. 2009; 26: 51-60.
17. Calderón R. "Diabetes Mellitus en el Perú". Perú. Edit. UNMSM. 1996; 63–67.
18. Organización Mundial de la Salud. Programa de Diabetes de la OMS. Nota descriptiva N°312 2011. Suiza: OMS; 2011.
19. Tobal, M. 1996. Trastorno de ansiedad. Wikipedia. 1996.
20. Arantxa Coca. Ansiedad, fobias y pánico en adultos. Centro de Psicología para el Tratamiento de la Ansiedad Infantil y Adulta. 2005. Editorial Paidós, Barcelona. 2005.
21. Mery B., Walsk & Burke. Enfermería Gerontológica. 2ed. España. Ed. Harcourt Brau. 1998. pp. 464.
22. Merani A. Diccionario de Psicología. 3<sup>ra</sup> ed. Barcelona: Gribaljo S.A. 1982. Depresión; 6.
23. Jesús Novo. Información para pacientes sobre la Depresión. Fistera Salud . 2011.
24. Heredia J. Pinto B. Depresión en diabetes: un enfoque sistémico. Rev. AJAYU. 2008; 6 (1): 24 – 25.

25. Dupont M. Depresión – Psicología [monografía en internet]. [citado 2011 oct. 30]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos42/depresion-psicologia/depresion-psicologia.shtml>.
26. Montenegro S. "Depresión, un mal de nuestro tiempo" [monografía de internet]. Buenos Aires: REDBA - Red Asistencial; 2008 [citado 13 junio 2011]. Disponible en: <http://www.redba.com.ar/monografias/montenegro.asp>.
27. Antonini C. Respuesta a la depresión. Psicología Clínica. Buenos Aires. Argentina. 2011.
28. Vargas - Mendoza J. Diferentes Factores Psicosociales en la diabetes. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. 2009 Disponible en: [http://www.conductitlan.net/factores\\_psicosociales\\_diabetes\\_mellitus.ppt](http://www.conductitlan.net/factores_psicosociales_diabetes_mellitus.ppt).
29. Pineda N., Bermudez V., Cano C., et al. Aspectos psicológicos y personales en el manejo de la diabetes mellitus. Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica, 2004; 23 (1).
30. Goldberg, D. P.; Hillier, V. F.: Una versión reducida del Cuestionario de Salud General. Medicina Psicológica; 9(1):139 – 45.
31. Kozier B. "Fundamentos de Enfermería". España. Edit. Mac Graw-Hill Interamericana. 2005. pp. 71.
32. DU GAS B. "Tratado de Enfermería Práctica". México. Edit. Mac Graw-Hill Interamericana. 2000. pp. 24.

33. Kozier B. "Fundamentos de Enfermería". España. Edit. MacGraw-Hill Interamericana. 7<sup>ma</sup> Edic. Vol. II. 2005. Pág. 1087 – 1089.
34. Enciclopedia wikipedia
35. Gutiérrez C., Moreno M., Veloza M., et al. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. Aquichan. 2007; 7 (1): 58.
36. G. Peralta, D. Figuerola Aspectos psicosociales de la diabetes. Endocrinología y Nutrición, Doyma. 2003; 50-07, p. 280 – 285.
37. Tormey M. Raite M. El modelo de adaptación. En: Modelos y teorías en enfermería. 5 ed. España – Madrid. Ed. Mosloy. 2002. pp. 270- 274.
38. Correa J. Autoconcepto de la diabetes mellitus en pacientes que asisten a la clínica de atención integral en el C.S. Jorge Sinfaroso Bravo. Municipio de Granada. Periodo octubre – diciembre 2008. [trabajo para optar el título de máster en salud pública]. Nicaragua: Universidad Nacional de Nicaragua; 2010.
39. Tormey M. Raite M. El modelo de adaptación. En: Modelos y teorías en enfermería. 5 ed. España – Madrid. Ed. Mosloy. 2002. pp. 273 – 275.
40. Luengo R., Salazar A. Aplicación del proceso de enfermería según el modelo de Roy en pacientes con diabetes mellitus. Enf. Global. 2008; (14): 11-12.
41. Gutiérrez C., Moreno M., Veloza M., et al. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "escala de medición del proceso de

- afrontamiento y adaptación” de Callista Roy. Aquichan. 2007; 7 (1): 54-63.
42. Dirección de desarrollo de servicio de salud. Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2. Costa Rica; 2007.
43. Lazcano M., Salazar B., Gómez M. Validación del instrumento afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Aquichan. 2008; 8 (1): 116 – 125.
44. Cuellar A. Factores sociodemográficos y su relación con el nivel de conocimientos de los pacientes con diabetes mellitus sobre su autocuidado en el hospital III ESSALUD Tacna – 2006. [Trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2007.
45. Arranz L. Salud del anciano - Enfermedades frecuentes -Diabetes mellitus. Saludalia. Madrid. 2003.
46. King V. Descubren por qué los hombres son mas propensos a sufrir diabetes mellitus tipo 2. Terra Noticias / Europa Press. 2011.
47. Herrera A., Quinteros o., Hernández M. Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2. Servicio. Academia. 2007. 6 (12): 62 – 72.
48. Díaz B. Capacidad de autocuidado de los pacientes de la asociación de diabéticos del hospital regional Honorio Delgado. [Tesis de Post Grado] Arequipa – UNA; 2005.

49. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perfil sociodemográfico del Perú. INEI; 2008.
50. Millar, W. y Thorensen, C. Espiritualidad, religión y salud: Un campo de investigación emergente. *American Psychologist*. 2003; 58 (1): 24-35.
51. Zabala, M., Vázquez, O. y Whetsell, M. Bienestar individual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Rev. Aquichan*. 2006; 6 (1): 8-21.)
52. Ana Elisa Castro Sánchez. El apoyo social en la enfermedad crónica: el caso de los pacientes diabéticos tipo 2. *Fac. Salud Pública y Nutrición*. 2006; 7 (4).
53. Colliere, Marie - Françoise. "Promover la Vida". España. Ed. Mc Graw Hill. 1993. pp. 232-237.
54. De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero. "Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II". *Rev. Méd. IMSS*, 2003; 42(2): 109 – 116.
55. Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C. et al. Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2004; 23(1).
56. Flórez I., Herrera E., Carpio E. et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. *Aquichan* 2011; 11 (1).

57. Olivari C. y Urra E. Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*. 2007; 13 (1): 9-15.
58. De los Ríos, Barrios, Ávila. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. *Rev. Med. IMSS*. 2004; 42 (5): 379 – 385.
59. Oblitas L. *Psicología de la salud y calidad de vida*. International Thompson Editores México. 2006.

## BIBLIOGRAFIA VIRTUAL

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
2. <http://www.buenastareas.com/ensayos/DiabetesMellitus/2106233.html>
3. [http://www.arantxa-coca.com/?lang=es&menu=centro\\_de\\_psicologia&area=adultos&topic=ansiedad](http://www.arantxa-coca.com/?lang=es&menu=centro_de_psicologia&area=adultos&topic=ansiedad)
4. <http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/depresion.asp#mismo>
5. <http://psicologo-valencia.eu/2011/06/>
6. <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v6n1/v6n1a2.pdf>
7. <http://www.who.int/topics/depression/es/>
8. <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v6n1/v6n1a2.pdf>
9. <http://www.monografias.com/trabajos42/depresion-psicologia/depresion-psicologia.shtml>
10. <http://www.taringa.net/comunidades/fobiasyansiedad/14355/Transtorno-Bipolar.html>
11. <http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php>
12. <http://www.fundaciondiabetes.org/diabetes/glosario.htm>
13. <http://www.netdoctor.es/tests/html/50012.htm>
14. <http://profesional.medicinatv.com/fmc/muestra2.asp?id=1350>
15. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74108111.pdf>
16. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74170105.pdf>

17. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532007000200001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532007000200001&script=sci_arttext)
18. <http://www.binasss.sa.cr/libros/diabeticas07.pdf>
19. [http://www.saludalia.com/starmeda/tu\\_salud/doc/anciano/doc/doc\\_dia\\_betes1.htm](http://www.saludalia.com/starmeda/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_dia_betes1.htm)
20. [http://www.respyn.uanl.mx/vii/4/articulos/apoyo\\_diabeticos.htm](http://www.respyn.uanl.mx/vii/4/articulos/apoyo_diabeticos.htm)

# **ANEXOS**

## ANEXO N° 01

### Formula de la muestra de estudio

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 195 \times 0.7 \times 0.03}{(0.05)^2 \times 194 + (1.96)^2 \times 0.7 \times 0.03}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 195 \times 0.7 \times 0.03}{0.0025 \times 194 + 3.8416 \times 0.7 \times 0.03}$$

$$n = \frac{749 \times 0.21}{1.25 \times 0.81}$$

$$n = \frac{157.29}{1.292}$$

$$n = 122$$

## REDUCIENDO LA MUESTRA

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n = \frac{122}{1 + \frac{122}{195}}$$

$$n = \frac{122 \times 195}{316}$$

$$n = 75$$

## ANEXO N° 02

### CUESTIONARIO

#### **INSTRUCCIONES:**

Buenos días/tardes, soy egresada de la UNJBG de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, estoy realizando un estudio de investigación científica, con la finalidad de conocer los **Factores Psicosociales que influyen en el Afrontamiento y Proceso de Adaptación en Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus Tipo II**, el cual se realiza de manera anónima esperando contar con su participación.

Por favor, lea cada pregunta cuidadosamente y responda cada una de ellas marcando con un aspa (X) las alternativas que crea conveniente o rellenando los espacios en blanco.

#### **MARCA CON UNA (X) EN EL PARÉNTESIS QUE CORRESPONDA**

#### **Datos Generales**

1) Edad: \_\_\_\_\_

2) Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

3) Estado Civil:

Soltero ( ) Conviviente ( ) Viudo ( ) Casado ( ) Divorciado ( )

4) Grado de Instrucción

5) Religión

a) Primaria Completa ( )

a) Católico ( )

b) Primaria Incompleta ( )

b) Cristiano/evangélico ( )

c) Secundaria Completa ( )

c) Adventista ( )

d) Secundaria Incompleta ( )

d) Testigo de Jehová ( )

e) Superior Completa ( )

e) Ateo (no cree en nada) ( )

f) Superior Incompleta ( )

f) Otras Religiones : \_\_\_\_\_

**6) Personas con quien vive:**

- a) Con pareja e hijos ( )
- b) Con pareja ( )
- c) Con hijos ( )
- d) Otros familiares y/o cuidadores ( )
- e) Solo ( )

Marca con una **X** en el casillero correspondiente a la alternativa que Ud. considera correcta

Nº	PREGUNTAS	SI	NO
<b>ANSIEDAD</b>			
1	¿Se ha sentido muy inquieto, nervioso o en tensión?		
2	¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3	¿Se ha sentido muy irritable?		
4	¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
5	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8	¿Ha estado preocupado por su salud?		
9	¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
<b>DEPRESIÓN</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
10	¿Se ha sentido con poca energía?		
11	¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
12	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
13	¿Se ha sentido usted sin esperanzas?		
14	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
15	¿Ha tenido falta de apetito?		
16	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		

17	¿Se ha sentido usted enlentecido?		
18	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

## ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN

Marca con una **X** en el casillero correspondiente a la alternativa que Ud. considera correcta

Nº	PREGUNTA	Nunca	Raras veces	Casi siempre	Siempre
01	Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo	1	2	3	4
02	Obtengo información para aumentar mis opciones de solución hacia el problema.	1	2	3	4
03	Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas	4	3	2	1
04	Trato de que todo funcione a mi favor.	1	2	3	4
05	Me siento bien de saber que estoy manejando el problema	1	2	3	4
06	Soy menos eficaz bajo estrés	4	3	2	1
07	Pienso en el problema paso a paso	1	2	3	4
08	Parece que actuó con lentitud sin razón aparente.	4	3	2	1
09	Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente.	1	2	3	4
10	Soy realista con lo que sucede.	1	2	3	4
11	Estoy atento a la situación.	1	2	3	4
12	Miro la situación de mi enfermedad desde diferentes puntos de vista	1	2	3	4
13	Tiendo a quedarme quieto por un momento	4	3	2	1

14	Encuentro difícil explicar el verdadero problema	4	3	2	1
15	Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación de mi enfermedad	1	2	3	4
16	Utilizo el humor para manejar la situación de mi enfermedad	1	2	3	4
17	Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida	1	2	3	4
18	Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso	1	2	3	4
19	Soy más eficaz bajo estrés	1	2	3	4
20	Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo	4	3	2	1
21	Trato de ser creativo y propongo soluciones para manejar mi enfermedad	1	2	3	4
22	Aprendo de las soluciones de otras personas	1	2	3	4
23	Miro la situación de mi enfermedad positivamente, como un reto.	1	2	3	4
24	Planteo soluciones aunque parezca difíciles de alcanzar	1	2	3	4
25	Experimento cambios en la actividad física	4	3	2	1
26	Trato de enfrentar la situación de mi enfermedad desde el principio.	4	3	2	1
27	Me doy cuenta de que me estoy enfermando	4	3	2	1
28	Me rindo fácilmente	4	3	2	1
29	Desarrollo un plan para enfrentar la situación de mi enfermedad.	1	2	3	4
30	Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarían las cosas.	4	3	2	1

**Comentario y sugerencia:** \_\_\_\_\_

**Gracias por su colaboración**

### Anexo N° 03

#### ANALISIS DE CONFIABILIDAD

	ALFA DE CRONBACH	OBSERVACIONES
Afrontamiento y adaptación	0,833	Bueno
Afrontamiento	0,866	Bueno
Adaptación	0,866	Bueno

#### ANALISIS DE VALIDEZ

	VALIDEZ
AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN	Todos los ítems presentan validez, a excepción del 17, 27, 29 y 30, que deben que ser mejoradas en su redacción, sustituir las por otra o eliminarlas simplemente. (actividad que no variará la confiabilidad que es buena)
AFRONTAMIENTO	Todos los ítems presentan validez, a excepción del 6, que puede ser mejorada en su redacción, sustituir la por otra o eliminarla simplemente. (actividad que no variará la confiabilidad que es buena)
ADAPTACIÓN	Todos los ítems presentan validez.

Hecha las observaciones, el instrumento presenta la debida validez y confiabilidad. Puede aplicarse el instrumento.

## HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?				X	
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?				X	
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo materia del estudio?			X		
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?				X	
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?				X	
6. ¿Considera que todo y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?				X	
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro ,sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?			X		
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				X	
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?				X	
10. ¿Qué aspectos habría de modificar, qué aspectos tendría que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... .....				X	

  
 \_\_\_\_\_  
**FIRMA**  
**Responsable de Validación**  
 LIC. NELIDA SERRANO TORRES  
 Enfermera  
 CEP 31678  
 Centro Médico Cano Bar  
 Río EsSalud

## HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					✓
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?				✓	
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo materia del estudio?				✓	
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					✓
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					✓
6. ¿Considera que todo y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?				✓	
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro ,sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				✓	
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					✓
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?				✓	
10. ¿Qué aspectos habría de modificar, qué aspectos tendría que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? <i>Se ajustó al objeto del estudio</i>					

**GOBIERNO REGIONAL TACNA**  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD TACNA  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE TACNA

**MOSES E. YABAR PONCE**  
ENFERMERO ASISTENCIAL  
C.E.P. 30001

FIRMA

Responsable de Validación

## HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?				X	
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?				X	
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo materia del estudio?				X	
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?				X	
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?				X	
6. ¿Considera que todo y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?				X	
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				X	
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				X	
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?					X
10. ¿Qué aspectos habría de modificar, qué aspectos tendría que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? <i>- Reducir el N° de ítems. (47)</i> <i>- Destacar ítems de Depresión vs. Dialectos.</i>					



\_\_\_\_\_  
**FIRMA**  
 Responsable de Validación

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHUPICCHU PARA EL MUNDO"**

**CARTA N° 010-2011-FACS**

**Tacna, 09 de junio del 2011**

Señor:

**Méd. LUIS BARRIENTOS MORALES**  
**Gerente del Hospital Daniel Alcides Carrión**  
**ESSALUD**  
Presente

Con la mayor distinción me dirijo a usted, para presentarle a la Srta. VANESSA CHAMBILLA MAMANI, con DNI N° 44818393, con Código de Matrícula N° 2006-29520, Egresada de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, quien se encuentra realizando el Proyecto de Tesis titulado **"Factores Psicosociales que influyen en el Afrontamiento y Proceso de Adaptación en Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2, según el Modelo de Callista Roy, Tacna - 2011 en el Centro de Atención Primaria Luis Palza Lévano ESSALUD del Distrito Gregorio Albarracín"**.

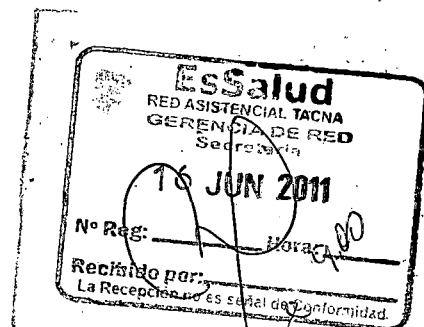
Por lo tanto, le solicitamos tenga bien otorgarle las facilidades necesarias a la mencionada señorita.

Agradeciendo su atención, sea propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi mayor consideración y saludo institucional.



Univ. Nac. Jorge Basadre Grohmann  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Elena Cachicatari Vargas*  
Mgr. ELENA CACHICATARI VARGAS  
DECANA (C)



**CARTA N° 010 -CIYE-GRATA-ESSALUD-2011**

Tacna, 07 de Julio del 2011.

DR.  
LUIS MONTES KLEINERMANN  
DIRECTOR DEL C.A.P. "LUIS PALZA LEVANO"  
GERENCIA DE RED ASISTENCIAL TACNA

**ASUNTO : APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION :  
"Factores Psicosociales que influyen en el afrontamiento  
y proceso de adaptación en pacientes adultos con DM-2  
según el modelo Callista Roy en el C.A.P. "Luis Palza  
Lévano" EsSalud Tacna 2011"**

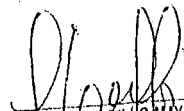
**REF. : FORMATO N° 01: EVALUACION DE PROYECTOS DE  
INVESTIGACION**

Es muy grato dirigirme a usted para saludarlo y a la vez manifestarle que con relación al documento de la referencia el Comité de Investigación y Ética de la Red Asistencial Tacna, ha aprobado el proyecto de investigación del asunto de la referencia.

En tal sentido solicito a usted brindarle las facilidades al investigador Bach. Vanessa Chambilla Mamani (Fac. Enfermería – UNJBG) a fin de que cumpla con el acopio de información efectuando la supervisión correspondiente a dicha labor, así como garantice el envío de las conclusiones de dicha investigación al Comité de Investigación y Ética.

Sin otro particular de momento, me despido de usted.

Atentamente,

  
Dr. PAULO CESAR GORDILLO MAYDAN  
MEDICO INTENSIVISTA  
C.M.P. 33273 - R.N.E. 19032  
Hosp III Base "D.A.C."

PGM/err.  
c.c. Archivo  
Adj. Lo indicado.

**GERENCIA DE RED ASISTENCIAL  
COMITÉ DE INVESTIGACION  
ESSALUD - TACNA**

**FORMATO N° 01: EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

**TITULO: "Factores Psicosociales que influyen en el afrontamiento y proceso de adaptación en pacientes adultos con DM-2 según el modelo Callista Roy en el C.A.P. "Luis Palza Lévano" EsSalud Tacna 2011"**

**AUTOR: Vanessa Chambilla Mamani (Fac. Enfermería - UNJBG)**

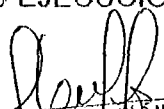
<b>CONTENIDO DEL PROYECTO (50%)</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>%</b>	<b>DEFICIENTE</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BUENO</b>
Problema	10			X
Marco Conceptual	5			X
Objetivos	5			X
Originalidad	7			X
Metodología	6			X
Actividades	5		X	
Presupuesto	4		X	
Coherencia	5			X
Aspectos éticos	3		X	
<b>IMPACTO DEL PROYECTO (40%)</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>%</b>	<b>DEFICIENTE</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BUENO</b>
Pertinencia	10			X
Resultados esperados	9		X	
Impacto	9			X
Formación del recurso humano	6		X	
Competitividad tecnológica	6		X	
<b>GRUPO INVESTIGADOR (10%)</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>%</b>	<b>DEFICIENTE</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BUENO</b>
Investigadores	3			X
Conformación y trayectoria	4		X	
Competencia	3			X

**OBSERVACIONES:**

1. Es un tema de interés de las líneas de investigación en EsSalud y para su ejecución debe seguir los lineamientos de la Directiva N° 025 – GG – ESSALUD – 2008.
2. Al término de la investigación deberá presentar a la secretaria técnica del Comité de investigación 2 copias impresas y 1 CD electrónico conteniendo los resultados de la investigación.

**CONCLUSION**

**EL PROYECTO ES APTO PARA SU EJECUCION  
Tacna, 07 de Julio 2011.**

  
Dr. PAULO CESAR GORDILLO MAYDAN  
MEDICO INTENSIVISTA  
C.M.P. 33278 - R.N.E. 19032  
Hosp. III Base "D.A.C."