

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



**Estado emocional del usuario adulto mayor con
diagnóstico de Diabetes y su relación con su vida
cotidiana del Hospital II – ESSALUD – Huaraz,
2017**

Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería

Autor:

Durán Acuña, Alicia Violeta

Asesor:

Soto García, Yrma Rosario

Huaraz- Perú

2019

TÍTULO

Estado emocional del usuario adulto mayor con diagnóstico de diabetes y su relación con su vida cotidiana del Hospital II – ESSALUD – Huaraz, 2017

PALABRAS CLAVE

Palabras Clave

Estado de ánimo -Diabetes

Key words

Mood –Diabetes

Línea de Investigación:

Salud Pública

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado Estado emocional del usuario adulto mayor con diagnóstico de diabetes y su relación con su vida cotidiana del Hospital II – ESSALUD – Huaraz, 2017. Tuvo objetivo determinar el estado emocional que presenta el usuario con diagnóstico diabetes en relación con su vida cotidiana. El diseño fue descriptivo cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 65 pacientes que acuden al servicio del programa del adulto mayor ESSALUD – Huaraz. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario donde evalúa el estado emocional del usuario con diagnóstico de diabetes y su relación con su vida cotidiana, donde se llegó a la conclusión que el 4% (3) de pacientes diabéticos menciona que con esta enfermedad no se pone triste, seguido de un 13% (9) menciona que si se pone triste, el 3% (2) no se siente culpable respecto a la enfermedad y el 9.2 (6) dice que si se siente culpable, el 46% (30) dice que ya no tiene futuro y el 7.7 % (5) menciona que aún tiene futuro, el 6% (4) prefiere morir con esta enfermedad y el 9.2 % (6) dice que no tiene este sentimiento.

Las cuales han sido representadas mediante cuadros estadísticos con su respectivo análisis.

ABSTRACT

The present research work entitled Emotional state of the elderly adult user with diagnosis of diabetes and its relationship with his daily life at Hospital II - ESSALUD - Huaraz, 2017. He aimed to determine the emotional state presented by the user with diabetes diagnosis in relation to his daily life. The design was quantitative descriptive. The sample consisted of 65 patients who attend the service of the elderly adult ESSALUD - Huaraz. For data collection, a questionnaire was used to evaluate the emotional state of the user with a diagnosis of diabetes and its relationship with their daily life, where it was concluded that 4% (3) of diabetic patients mention that with this disease they do not he gets sad, followed by 13% (9) mentions that if he gets sad, 3% (2) does not feel guilty about the illness and 9.2 (6) says that if he feels guilty, 46% (30) says that he has no future and 7.7% (5) mentions that he still has a future, 6% (4) prefers to die with this disease and 9.2% (6) say he does not have this feeling.

Which have been represented by statistical tables with their respective analysis.

INDICE

Título.....	i
palabras Clave.....	ii
Resumen.....	iii
Abstract.....	iv
Indice.....	v
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 Fundamentación Científica.....	9
1.3 Justificación.....	32
1.4 Problema.....	33
1.5 Operacionalización de variable.....	34
1.6 Hipótesis.....	36
1.7 Objetivos.....	36
1.7.1 Objetivo general:.....	36
1.7.2 Objetivos específicos:.....	36
2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	37
2.2 Población.....	37
2.3 Técnicas e instrumentos de investigación.....	38
2.4 Procedimiento y análisis de la información.....	38
2.5 Protección de los derechos humanos de los sujetos en estudio.....	39
2.6 Procesamiento y análisis de la información.....	39
3. RESULTADOS.....	40
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	44
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
5.1 Conclusiones:.....	45
5.2 Recomendaciones:.....	46
6.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
7.AGRADECIMIENTOS.....	49
8.ANEXOS Y APÉNDICES.....	50

1. Introducción

1.1 Antecedentes

Ámbito Internacional

Morales (2012), en México en su tesis titulada Malestar Emocional, Estrategias de Afrontamiento y control Metabólico en pacientes con Diabetes tipo 2, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, tipo explicativo cuasi experimental, tuvo como objetivo ,determinar la efectividad de una intervención cognitivo conductual para modificar el nivel de malestar emocional, las estrategias de afrontamiento y el control metabólico en paciente con Diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo, empleo una muestra de 240 pacientes con diagnostico confirmado de diabetes tipo 2; sus resultados fueron, que al inicio de la intervención el grupo experimental y el grupo de fase de espera mostraron niveles de estrategias de afrontamiento de análisis lógico de 19% y de 22.4%. Posterior a la intervención, el grupo experimental aumento su nivel de estrategias de afrontamiento de análisis lógico a 21.16%, contrario con lo ocurrido con el grupo de fase de espera cuyo nivel disminuyó a 21.57%. Durante la fase de seguimiento el nivel de estrategias de afrontamiento de análisis lógico disminuyó en el grupo experimental a 19.66%, mientras que el nivel del grupo de fase de espera se incrementó hasta 25.42%. Respecto a la variable de control metabólico que se evaluó empleando el porcentaje de hemoglobina glucosilada, ambos grupos mostraron ganancias clínicas y en uno de ellos también estadísticamente significativas, alcanzando en promedio valores menores o iguales al 7 %. En promedio, el nivel de glucosa de los participantes cambio de 225 mg/dl antes del estudio a un valor de 140 mg/dl., las conclusiones fueron que las sesiones concentradas en la educación en Diabetes, alimentación, relajación, identificación y modificación de pensamientos permitieron lograr una significativa reducción en los porcentajes de Hemoglobina Glucosilada.

Castellanos (2008), en México en su tesis titulado Respuesta Emocional del paciente ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, de la Universidad Veracruzana, tipo descriptivo transversal, tuvo como

objetivo conocer la respuesta emocional del paciente al conocer su diagnóstico de Diabetes Mellitus, empleo una muestra de 37 pacientes. Sus resultados fueron que el 38% de los pacientes se encuentra en el rango de 46 - 57 años donde la media es de 56 años.

Ámbito Nacional

Ríos Mendoza (2013), en Trujillo en su tesis titulado Frecuencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, fue de tipo descriptivo, tuvo como objetivo determinar la frecuencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, empleó una muestra de 156 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo Agosto - Octubre, realizo entrevista a los pacientes sus resultados fueron que el 12.2% presentaron depresión baja poniéndolos en un rango de ligeramente deprimido, 0% para los niveles moderado y severo, el 87.8% mostro puntaje normal, la frecuencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus según el sexo es que el 9.85% corresponde al sexo femenino y el 2.4% al masculino, Su conclusión fue que la población diabética tiene un mayor riesgo a desarrollar depresión, con un incremento que podría tener que ver con la enfermedad, así como la concurrencia hacia los servicios de salud; la población femenina es la más predominante y es el que reporta mayor porcentaje en presentar cierto cuadro depresivo.

Arenaza y Zevallos (2013), en Arequipa en su tesis titulado Afrontamiento del estrés en pacientes adultos mayores de 60 a 80 años con diabetes mellitus atendidos en el Centro Medico Universitario Pedro Díaz Arequipa, 2013, de tipo descriptivo de corte transversal, tuvo como objetivo determinar el afrontamiento del estrés en pacientes Adultos mayores de 60 a 80 años con diabetes mellitus enfocado al problema, empleó una muestra de 50 pacientes adulto mayores de 60 a 80 años con Diabetes Mellitus sus resultados fueron, en cuanto al afrontamiento del estrés enfocado al problema por edad el 33.3% tiene edades de 66 – 70 años y de 70 a 80 años, afrontan el estrés en forma leve y moderada. En cuanto al afrontamiento del estrés enfocado al problema según género

el 71.8% de sexo femenino, afrontan el estrés levemente y el 83.4% de sexo femenino lo enfrentan en forma moderada. En cuanto al afrontamiento del estrés enfocado al problema por estado civil el 65.6% son de estado civil casados y enfrentan el estrés levemente; el 77.7% lo afrontan de forma moderada. En cuanto al afrontamiento del estrés enfocado a la emoción el 42.9% afronta el estrés leve, el 50% afronta el estrés moderado, el 60% no afronta el estrés. Los adultos mayores con diabetes mellitus, de menores edades, género fe A su vez del total el 12.2% cuentan con un tiempo de enfermedad promedio de 1- 7 años, llegó a la conclusión que los adultos mayores con Diabetes Mellitus, de menores edades, género femenino, de estado civil casados, dedicados al hogar y de religión católica son los que en mayoría afrontan el estrés enfocado al problema en forma leve y moderada; en el enfoque de emoción tanto los adultos mayores con Diabetes Mellitus que afrontan el estrés como los que no lo afrontan son en mayoría los de menor edad, son casados y pertenecen al sexo femenino.

Cerna y Bocanegra. (2013), En Chiclayo en su tesis titulada Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con Diabetes tipo 2 del Hospital Nacional de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, de tipo descriptivo transversal, tuvo como objetivo: Estimar la frecuencia de ansiedad y depresión, así como su asociación con el control glicémico en pacientes con Diabetes tipo 2, empleo una muestra de 270 pacientes diabéticos tipo 2 entre 19 a 60 años que acudieron al consultorio externo de Endocrinología. Sus resultados fueron que el 172 (64%) mujeres y 98 (36%) hombres, el promedio de edad fue de 52 años. El 57,78% de pacientes presentaron depresión y 65.19% presentaron ansiedad. No se halló asociación entre el control glicémico con depresión y ansiedad. Y llegó a la conclusión que la frecuencia de depresión y ansiedad en los pacientes diabéticos tipo 2 de este Hospital de Chiclayo fue elevada y en una exploración inicial no se encontró asociación entre depresión y ansiedad con el control glicémico.

Ámbito Local

No se encontraron antecedentes relacionados con el tema de investigación

1.2 Fundamentación Científica

La Emoción: Es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. La emoción tiene una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras.

Las Emociones: Las emociones pueden ser consideradas como la reacción inmediata del ser vivo a una situación que le es favorable o desfavorable; es inmediata en el sentido de que esta condensada, resumida en la tonalidad sentimental, placentera o dolorosa, la cual basta para poner en alarma al ser vivo y disponerlo para afrontar la situación con los medios de su alcance.

Psicológicamente las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas en la jerarquía de respuestas de individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria.

Fisiológicamente, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluyendo expresiones faciales, músculos, voz, actividad del sistema nervioso autónomo y sistema endocrino, a fin de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más afectivo.

Conductualmente, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno, impulsándonos hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y alejándonos de otros. (Pérez 2011)

Tipos de emociones

Emociones positivas: (amor, deseo, respeto, amistad, comprensión, alegría, etc).

Emociones negativas: (tristeza, temor, inseguridad, miedo, desamparo, rechazo, etc.).

Emociones positivas:

Amor: Es esencialmente un sentimiento intenso, se trata de una emoción que puede ser breve o muy duradera y se expresa de distintas maneras y en distintos tipos de relación.

Respeto: El primero afirma que el respeto tiene que ver con la forma

considerada en que se trata a una persona o una cosa, a cierta docilidad brindada gracias a determinada situación o evento que hace que aparezca y que se lleve a cabo esta acción de sumisión y aceptación.

Amistad: La amistad es una relación afectiva que se puede establecer entre dos o más individuos, a la cual están asociados valores como la lealtad, la solidaridad, la incondicionalidad, el amor, la sinceridad, el compromiso, entre otros, y que se cultiva con el trato asiduo y el interés recíproco a lo largo del tiempo.

Comprensión: Está relacionada con el verbo comprender, que refiere entender, justificar o contener algo; la comprensión es la aptitud o astucia para alcanzar un entendimiento de las cosas.

Alegría: Es una emoción estimulada por un hecho positivo.

Emociones negativas:

Tristeza: Es una de las emociones básicas del ser humano, es un estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral.

Temor: Es una pasión del ánimo que lleva a un sujeto a tratar de escapar de aquello que considera arriesgado, peligroso o dañoso para su persona; el temor es una presunción, una sospecha o el recelo de un daño

Inseguridad: Es la sensación o percepción de ausencia de seguridad que percibe un individuo o un conjunto social respecto de su imagen, de su integridad física y / o mental y en relación con el mundo.

Miedo: Es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro real o supuesto presente o futuro, en algunos casos el miedo puede conducir a la emoción que se describe como ansiedad. El miedo estimula la adrenalina y noradrenalina que invocan la respuesta de lucha o huida.

Ira: Se expresa en la expresión facial y en el lenguaje corporal. Se caracteriza por un aumento del ritmo cardíaco y la presión arterial. A pesar de que la ira se considera una emoción, cuando se prolonga, puede tener una influencia directa sobre el estado de ánimo. A largo plazo la ira puede llevar al estrés.

El ser humano

El término humano proviene del latín “homo sapiens”, se usa para hacer

referencia los únicos seres vivos que han desarrollado ciertas características tales como: el raciocinio, el lenguaje oral y escrito, la postura bípeda y la convivencia en complejas estructuras sociales.

El ser humano es un ser biológico ya que posee un cuerpo físico, que le permite desplazarse, dotado de órganos sensibles que le posibilitan el contacto con el mundo exterior (vista, oído, olfato y tacto) y cumplir las mencionadas funciones vitales.

Según Aristóteles “el hombre es un ser sociable incapaz de vivir solo”. Es un ser social ya que desde su nacimiento necesita la protección y cuidado de otros miembros de su especie, sin cuya atención moriría.

Según la biblia “el ser humano posee un cuerpo y un alma”.

Según la teoría de Darwin llamada la evolución “el ser humano es producto de la evolución” que pertenece al mundo de los animales, a la clase de los mamíferos y al orden de los primates, orden compartido con otros seres vivos tales como el chimpancé o el gorila (considerados sus antepasados).

Características del ser humano:

El ser humano es el portador de características únicas, irrepetibles e insustituibles, que lo diferencian del resto de las especies existentes tales como:

- La conciencia.
- La capacidad de expresarse manifestando sus ideas a través del lenguaje.
- Tiene conocimientos sobre sí mismo y su alrededor, permitiéndole transformar la realidad.
- Tiene conocimiento de sus estados emocionales.
- Tiene tendencia a la autorrealización.
- Capacidad de elección.
- Creatividad y desarrollo en una sociedad.

Considerando que funciona como una totalidad por lo mencionado se le denomina como un organismo biopsicosocial.

Dimensiones del ser humano:

Se entiende por dimensión al conjunto de potencialidades fundamentales con las cuales se articula el desarrollo integral de una persona, son unidades fundamentales de carácter abstracto sobre las que se articula el desarrollo integral del ser humano. La antropología, psicología y sociología coinciden en que el hombre es un ser biopsicosocial, Bio porque está vivo. Psico porque tiene mente, vida emocional, intelectual y afectiva, y social porque se relaciona con otros seres humanos; es decir se desarrolla y se mueve consciente o inconscientemente en tres áreas o dimensiones: la biológica, psicológica y social.

Cada una de las dimensiones son importantes en la formación de la persona en las que se involucran todos los procesos de desarrollo y la influencia del contexto social en el que vive, se encuentran en constante relación formando un todo con capacidades, habilidades y posibilidades específicas siendo cada una de ellas tan importantes que no se puede ver de forma aislada, donde un cambio en una de ellas afecta directamente a las otras, llevando a conformar la personalidad de cada ser humano siendo únicas e irrepetibles con particularidades propias para pensar, actuar, sentir y funcionar.

Dimensión biológica: Hace referencia a la realidad de la persona en tanto que es un organismo pluricelular, poseedor de un cuerpo que se desarrolla y madura sometido a la realidad física. Se organiza en torno a la idea de equilibrio dinámico en el marco de una relación también dinámica con el ambiente, y toma en consideración aspectos relativos como la influencia genética, el funcionamiento y la conducta observable como fuente de información.

El cuerpo del ser humano está conformado por diferentes estructuras con funciones específicas que le permiten conocer e interactuar con otros; perceptivas, óseo – musculares y orgánicas, dichas estructuras realizan funciones especializadas e interdependientes que dan como resultado capacidades de relación y acción.

Hace referencia al cuidado de su cuerpo, el cuerpo humano es la maquina más maravillosa y completa que existe, es uno de los tesoros más grandes que tenemos y para mantenerlo es indispensable una adecuada nutrición,

deporte e higiene, descanso.

Nutrición: Una adecuada alimentación, balanceada y que incluya los nutrientes básicos, es fundamental para conservar la salud.

Descanso: El sueño es un requerimiento esencial para recuperar fuerzas, es necesario disfrutar de los periodos de descanso, recreo y diversión.

Higiene: La limpieza ayuda a la prevención y mantenimiento de la salud física.

Ejercicio: El cuerpo requiere ejercitarse para mantenerse saludable; varios y diversos órganos y sentidos son estimulados por la actividad física, a través del deporte es posible verse, sentirse, trabajar y vivir mejor.

Dimensión psicológica: Se centra en la mente y recoge la idea de la persona como ser dirigido a metas y dotado de un conjunto de procesos que le permiten guiar su conducta creativa y armónicamente en el contexto cambiante donde se dan las diversas situaciones en que participa.

- Incluye aspectos cognitivos: Que conducen a percibir, pensar, conocer, comprender, comunicar, resolver problemas, relacionarse, representarse a sí mismo y a los otros, actuar, ser agentes.
- Aspectos afectivos: Como las emociones y los motivos. Son un conjunto de potencialidades y manifestaciones de la vida psíquica del ser humano que abarca tanto la vivencia de las emociones, los sentimientos y la sexualidad, como también la forma en que se relaciona consigo mismo y con los demás; comprende toda la realidad de la persona ayudándola a construirse como ser social y a ser partícipe del contexto en el que vive.

Está relacionada con a la identidad de género de las personas; los procesos de socialización de los seres humanos que se dan en la familia, escuela, el medio social y la cultura, entre otros; las relaciones con los demás; el reconocimiento de sí mismo – auto concepto y autoestima; la vivencia sexual.

- Aspectos conativos: Como la perseverancia en la acción y otros componentes de la voluntad como el autocontrol.
- Otros aspectos: Que generan esperanza, estima y confianza en uno mismo y en otros .Todo ello sin olvidar que la mente existe porque

existe el cuerpo, concretamente, un cerebro con un funcionamiento normal, recibirá a lo largo de la vida influencias buenas y malas (experiencias traumáticas), impactos positivos y negativos que formaran un bagaje teórico del cual se echara mano una vez que queden grabadas en la base de datos de la mente, dando pie a los así llamados recuerdos; generando una forma de pensar que se evidenciara mediante la conducta que se observa en un individuo y que en un momento determinado le permitirán solucionar los conflictos que se le presentan con dialogo, armonía y buena actitud o bien con gritos, golpes o llanto.

Dimensión social: Se refiere a la habilidad de relacionarse con otras personas, se obtiene mediante una comunicación que implique una escucha activa, así como la puesta en práctica de actitudes asertivas y empáticas con los demás. El hombre es por naturaleza un ser social solo en casos excepcionales se aísla y vive en la soledad.

La dimensión social se organiza en torno a la interacción con otras personas; es un impulso genético que la lleva a constituir sociedades, generar e interiorizar cultura y el hecho de estar preparada biológicamente para vivir con otros de su misma especie, lo que implica prestar atención a otro humano necesariamente presente. La persona nace en una sociedad (antes de nacer ya está condicionado por una variedad de aspectos sociales, por ejemplo las costumbres que marcan cuales son los patrones adecuados de comportamiento respecto a la elección de la pareja o el embarazo) y necesita vivir en sociedad esta favorece la adaptación al medio, lo que le multiplica las posibilidades de sobrevivir. Nace de otras personas y requiere la presencia de otras personas para sobrevivir, llega a ser ella misma en todos sus extremos y vivir una vida plena.

Dimensión Espiritual: La dimensión espiritual hace referencia a la experiencia interior más profunda de la persona, que la conduce a dotar de sentido y propósito a las propias acciones y existencia, sean cuales sean las condiciones externas, lo que significa aprender como encontrar disfrute en la experiencia cotidiana; a contar con un sistema de valores y con el compromiso de aplicarlos; a centrarse en algo que va más allá de uno mismo, esto es, a trascender; al uso del propio potencial creativo; a la

contemplación de la vida y a aprovecharla de acuerdo con las propias aspiraciones y convicciones y las del grupo al que se pertenece. Incluye realizar las prácticas asociadas a la fe, la creencia o los valores morales que se profesan. Supone contar con un sistema de pensamiento que permita comprender la vida, su dirección y su expresión, que oriente elecciones y juicios, organice proyectos, dote de dirección última a nuestras acciones individuales. Puede estar o no impregnada de espiritualidad, entendida ésta como una relación personal con el ser trascendente o, sin creer en un dios, como una relación personal con lo que existe, una fuerza unificadora en sí misma, que conduce a sentir inclinación por la vida y unidad con el cosmos. Precisa para su desarrollo de un cierto grado de maduración en los procesos de dimensión biológica y psicológica que hacen posible la conciencia y la intencionalidad. Todas estas dimensiones experimentan procesos de desarrollo y se influyen mutuamente. Se insertan en el contexto global del ecosistema humano, el mundo natural, otros semejantes organizados en grupos significativos, el principal de los cuales es la familia, sin olvidar los amigos, los compañeros y los miembros de otros grupos de apoyo, las instituciones sociales y la sociedad global. Si bien todas las dimensiones son igualmente importantes, cada una de ellas puede aparecer en primer plano según las circunstancias existentes.

Cada una de las cuatro dimensiones en que se describe a la persona se encuentra en relación permanente y simultánea con las otras, formando un todo en el cual ninguna de las dimensiones que lo componen se puede reducir o subordinar a otra, ni puede ser contemplada de forma aislada. Un importante número de los procesos que constituyen las distintas dimensiones son automáticos o inconscientes y otros, por el contrario, son controlados o intencionados. Un cambio en cualquiera de ellos afecta al resto. En conjunto, las diversas dimensiones dotan a la persona de capacidades y posibilidades específicas, lo que implica la falta de otras, esto es, de limitaciones. Conforman su personalidad y la forma en que se conduce en la vida diaria. La persona así entendida desarrolla su vida en un contexto concreto donde se dan las diversas situaciones en las que ésta participa. Las cuatro dimensiones identificadas resultan de la interacción

dinámica entre la dotación genética y el contexto, y dotan de singularidad. La interacción contexto-persona-situación genera necesidades –induce cambios en la persona– y condiciona los medios y los recursos para abordarlas. Debido a todo ello, cada persona es única e irrepetible, y muestra formas particulares de funcionar, pensar, actuar y sentir. (May R. 2000)

Necesidades básicas del ser humano

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes que conforman un sistema que se interrelaciona e interactúa complementándose y compensándose simultáneamente para lograr un dinamismo en el proceso de satisfacción. Las necesidades humanas fundamentales son universales, pocas y clasificables, son las mismas en todas las culturas y en todos los periodos históricos, lo que cambia a través del tiempo y de las culturas son la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades.

Clasificación de las necesidades básicas del ser humano

De las múltiples clasificaciones que se han realizado sobre las necesidades, la más clara y conocida es la que realizó Abraham Maslow (1943), quien buscaba explicar el comportamiento humano ya que la única razón por la que una persona hace algo es para satisfacer sus necesidades, estas necesidades motivan hasta que se satisfacen; para ello establece una jerarquía entre las necesidades de un ser humano clasificándolo en 5 grupos o niveles que forman la pirámide de Maslow; una teoría sobre la motivación humana, posteriormente ampliada, en su teoría Maslow defiende que conforme se satisfacen las necesidades básicas los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados.

- Necesidades fisiológicas: Son las primeras necesidades que aparecen en el ser humano; su satisfacción es fundamental para la supervivencia del individuo. Muchas de ellas son ignoradas por ser tan cotidianas, sin embargo son la base de muchas actividades económicas y si no pueden satisfacerse ponen en peligro la vida de individuo dentro de las cuales tenemos: Necesidad de movimiento, aire puro, alimentación, evacuación, temperatura adecuada,

descanso, sexo.

- Necesidad de seguridad: Estas necesidades aparecen una vez que están relativamente satisfechas las anteriores; no buscan tanto su satisfacción inmediata, sino que se centran en la satisfacción futura.
- Necesidades de pertenencia y amor: Una vez cubiertas en cierta medida las necesidades fisiológicas y de seguridad aparecen las de amor, afecto o posesión; estas necesidades llevan al individuo a relacionarse con los demás miembros de la sociedad, a buscar su afecto y a asociarse o afiliarse con otros.
- Necesidades de estima: Todas las personas normales tienen necesidad o deseo de una evaluación estable, firmemente basada y alta de su personalidad; necesitan del auto respeto y del aprecio de otros. Estas necesidades por una parte un deseo de fuerza, realización, suficiencia, dominio, competencia, confianza, independencia y libertad y por otra a un deseo de reputación, prestigio, dominación, reconocimiento, importancia o apreciación.
- Necesidades de autorrealización: Supone la realización integral del potencial propio, es decir llega a ser lo que se puede ser, para estar en paz consigo mismo; se manifiesta tanto en los aspectos de desarrollo físico, como psicológico o social. (CHOREN, Susana).

El páncreas

El páncreas es un órgano blanco rosado, situado retroperitonealmente a nivel de la segunda y tercera vértebras lumbares que tiene alrededor de 12 – 15cm de longitud y 2.5 cm de ancho; se haya por detrás de la curvatura mayor del estómago, está recubierto por una fina capa de tejido conjuntivo.

Partes del Páncreas: El páncreas tiene una cabeza, un cuerpo y una cola y está habitualmente conectado con el duodeno por dos conductos.

Cabeza del Páncreas: Es la porción ensanchada del órgano cercana a la curvatura del Duodeno.

Cuerpo del páncreas: Se encuentra por encima y a la izquierda de la cabeza.

Cola del páncreas: Es la continuación del cuerpo.

Conductos pancreáticos: El jugo pancreático se secreta en las células exocrinas dentro de conductillos que se unen íntimamente para formar dos largos conductos, el conducto pancreático y el conducto accesorio, que vuelcan las secreciones en el intestino delgado.

El conducto pancreático (conducto de wirsung): es el más grande, en la mayoría de personas se une con el conducto colédoco y entran en el duodeno como un conducto común llamado Ampolla hepato - pancreática (Ampolla de Vater).

El conducto accesorio (conducto de santorini): Sale del páncreas y desemboca en el duodeno a unos 2.5 cm por encima de la ampolla hepato – pancreática.

Funciones del Páncreas

Cada día el Páncreas produce entre 1200 1500 ml de jugo pancreático, un líquido transparente e incoloro formado en su mayor parte por agua, algunas sales, bicarbonato de sodio y varias encimas. Dentro de las funciones del páncreas tenemos una secreción exocrina y una secreción endocrina.

- Secreción Exocrina: Las secreciones exocrinas del páncreas son importantes en la digestión. El jugo pancreático consta de un componente acuoso, rico en bicarbonato, que ayuda a neutralizar el contenido duodenal y un componente enzimático, que contiene enzimas para la digestión de carbohidratos, proteínas y grasas. La secreción exocrina del páncreas está controlada por señales nerviosas y hormonales originadas sobre todo por la presencia de ácido y productos de digestión en el duodeno.
- Secreción Endocrina: La unidad anátomo funcional del páncreas endocrino son los islotes de Langerhans, cuya masa corresponde a 1% del peso total del órgano. Cada islote pancreático incluye cuatro tipos de células secretoras de hormonas:
- Las células alfa o células A: Constituyen cerca del 17% de las células de los islotes pancreáticos y secretan glucagón (eleva el nivel de glucosa sanguínea).
- Las células beta o células B: Constituyen cerca del 70% de las

células de los islotes pancreáticos y secretan insulina (que baja el nivel de glucosa sanguínea).

- Las células delta o células D: Constituyen cerca del 7% de las células de los islotes pancreáticos y secretan somatostatina, que actúa de manera paracrina inhibiéndola liberación de insulina y glucagón de las células beta y alfa vecinas.
- Las células F: constituyen el resto de las células de los islotes pancreáticos y secretan poli péptido pancreático (actúa como una hormona circulante disminuyendo la absorción de nutrientes desde el tubo digestivo).

Los islotes tienen una fina red vascular y están dotados de un sistema venoso tipo portal orientado desde las células beta, hacia las células alfa y la delta. Están inervados por el sistema nervioso autónomo y existen comunicaciones intercelulares.

El Glucagón: Es una hormona cuya principal actividad fisiológica es aumentar la concentración de azúcar en la sangre. El glucagón logra esto por medio de la aceleración de la conversión del glucógeno en el hígado hacia la glucosa (glucogenesis) y de la conversión en el hígado de otros nutrientes tales como aminoácidos, glicerol y ácido láctico.

El hígado libera la glucosa hacia la sangre y aumenta las concentraciones de azúcar sanguínea; la secreción de glucagón, está directamente controlada por las concentraciones de azúcar en sangre por medio de un sistema de retroalimentación negativa. Cuando las concentraciones de azúcar en la sangre disminuyen por debajo de los valores normales los elementos sensibles químicamente en las células alfa de los islotes estimulan a la célula para que secreten glucagón. Cuando el azúcar de la sangre aumenta las células ya no se estimulan y se suspende la producción, si por alguna razón el instrumento de retroalimentación falla y las células alfa secretan glucagón continuamente puede aparecer hiperglicemia.

La insulina: Las células beta de los islotes producen la hormona insulina la cual actúa para disminuir las concentraciones de glucosa en la sangre. La glucosa sanguínea alta estimula la secreción de insulina en las células beta de los islotes pancreáticos.

La insulina actúa en varias células del cuerpo acelerando la difusión

facilitada de glucosa hacia las células, especialmente las fibras de músculo esquelético, acelerando la conversión de glucosa en glucógeno (glucogénesis), aumentando la captación de aminoácidos por las células y la síntesis de proteínas, acelerando la síntesis de ácidos grasos (litogénesis) y disminuyendo la formación de glucosa a partir del ácido láctico y aminoácidos (gluconeogénesis).

Su principal acción fisiopatológica es opuesta a la del glucagón; Esta presenta varias maneras:

La regulación de la secreción de insulina al igual que la secreción de glucagón está directamente determinada por la concentración de glucosa en la sangre. (Derrickson y Tortora 2006)

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica debido a una producción inadecuada de la insulina que elaboran las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, un defecto de la acción o mala utilización de la hormona en los tejidos orgánicos o ambas circunstancias, con lo que resulta un metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas cuyo principal indicador es la hiperglucemia. La hiperglucemia crónica de la Diabetes Mellitus se asocia con el daño a largo plazo, con la disfunción y falla orgánica, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. La causa puede ser genética, vírica, ambiental o autoinmune, o bien una combinación de tales factores.

Fisiopatología de la Diabetes

La insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas. La insulina es una hormona anabólica o de almacenamiento. Con las comidas la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y adipocitos. En estas células la insulina tiene los siguientes efectos: Transporta y metaboliza la glucosa para la obtención de energía, estimula el almacenamiento de glucosa en el hígado y músculos (glucógeno), indica al hígado que deje de liberar glucosa, estimula el almacenamiento de grasa dietaria en el tejido adipocito, acelera el

transporte de aminoácidos (proteínas dietarias) a las células.

Clasificación

La diabetes mellitus se clasifica por su causa, curso clínico y tratamiento dentro de las cuales tenemos:

Diabetes Mellitus tipo 1

Diabetes Mellitus tipo 2

Diabetes Mellitus gestacional

Diabetes Mellitus relacionadas con otros padecimientos o síndromes.

Diabetes mellitus tipo 1

Es ocasionada por destrucción de células beta de los islotes pancreáticos, es un trastorno catabólico en el cual la insulina circulante está prácticamente ausente, se elevan las concentraciones de glucagón plasmático y las células beta del páncreas no responden a todos los estímulos insulinogénicos conocidos. En ausencia de insulina, los tres principales tejidos blanco de la insulina (hígado, músculo y grasa) no captan de manera apropiada los nutrientes absorbidos y continúan suministrando glucosa, aminoácidos y ácidos grasos hacia la circulación a partir de sus respectivas fuentes de almacenamiento.

Diabetes Mellitus tipo 2

Es un trastorno metabólico caracterizado por altos niveles de glucosa en la sangre debido a una deficiencia relativa de la producción de insulina, así como menor acción y mayor resistencia a la misma.

Es una enfermedad crónica que hasta no hace mucho solía producirse generalmente en adultos mayores de 50 – 55 años, por lo que se la conocía como diabetes del adulto. Sin embargo, en la actualidad es más frecuente el diagnóstico de esta patología en niños y adolescentes, a causa del alarmante aumento de la obesidad infantil que se ha registrado en los países occidentales durante los últimos tiempos. Su característica más importante es la presencia en la sangre niveles elevados de glucosa.

En condiciones normales la insulina se fija a los receptores especiales de la superficie de la célula e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa; en la Diabetes tipo2 tales reacciones

intracelulares disminuyen y la insulina es menos efectiva para estimular la captación por los tejidos y para regular la liberación de glucosa por el hígado (Brunner L. Suddarth D.)

Diabetes Gestacional

Es la alteración del metabolismo de la glucosa detectado por primera vez durante el embarazo, siendo la complicación más frecuente del mismo (1 – 14%); ocasiona aumento del riesgo de sufrimiento fetal, muerte intrauterina, macrosomía y problemas neonatales, aunque no aumenta la incidencia de malformaciones congénitas. (L. Mazarrosa Alvear).

La prevalencia de Diabetes Mellitus gestacional varía según el criterio diagnóstico utilizado; En nuestro medio los estudios realizados han encontrado del 4% al 5%, la presencia de Diabetes Mellitus Gestacional se ha ido incrementando en las últimas décadas, resultados preliminares del estudio que viene realizando el Instituto Nacional Materno Perinatal informan que la Diabetes Mellitus Gestacional llega a afectar aproximadamente a una de cada seis gestantes. (Guía práctica clínica para la prevención, diagnóstico y control de la diabetes mellitus MINSA - 2014).

Diabetes Mellitus Relacionadas con otros Padecimientos o Síndromes

La Diabetes puede producirse también secundariamente a otras causas: Defectos genéticos en la función de la célula beta, defecto genético de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías (acromegalia, síndrome de Cushing), cromosomopatías (síndrome de Down, síndrome de Turner), o relacionado al uso de medicamentos (glucocorticoides, pentamidina, diazóxido) entre otros.

Signos y Síntomas

- Visión borrosa
- Polidipsia (sed habitual y necesidad de beber); resultado de la pérdida excesiva de líquidos relacionados con la diuresis osmótica.
- Polifagia (hambre a horas inusuales del día); como resultado del estado catabólico inducido por la deficiencia de insulina y la

degradación de proteínas y grasas.

- Poliuria (incremento de la necesidad de orinar)
- Pérdida de peso.
- Fatiga.
- Debilidad.
- Hormigueo o parestesias en manos y pies.
- Aumento del número de procesos infecciosos y mayor lentitud en la curación de los mismos.
- Presencia de azúcar en la orina. (Francis S. Grenspan. David G. Garner)

Diagnóstico de Diabetes

- Criterios de diagnóstico de Diabetes Mellitus
- Glucemia en ayunas en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl, en dos oportunidades. No debe pasar más de 72 horas entre una y otra medición.
- Sin síntomas de hiperglucemia o crisis hiperglucémica y una glucemia casual medida en plasma venoso igual o mayor de 200 mg/dl.
- Glucemia medida en plasma venoso igual o mayor a 200 mg/dl dos horas después de una carga oral de 75 gr. de glucosa anhidra.

Tratamiento de la Diabetes Mellitus

El tratamiento de la Diabetes Mellitus se basa en tres pilares: Dieta, ejercicio físico y tratamiento médico. Tiene como objetivo mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad, en muchos pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 no sería necesario la medicación si se controlase el exceso de peso y se llevase a cabo un programa de ejercicio físico regularmente, sin embargo es necesario con frecuencia una terapia sustitutiva con insulina o la toma de fármacos hipoglucemiantes por vía oral.

Tratamiento Farmacológico

Fármacos hipoglucemiantes orales: Se prescribe a personas con Diabetes tipo 2 que no consiguen descender la glucemia a través de la dieta y la actividad física, pero no son eficaces en personas con Diabetes tipo 1.

Tratamiento con insulina: En pacientes con Diabetes tipo 1 es necesario la administración exógena de insulina ya que el páncreas es incapaz de producir esta hormona. También es requerida en diabetes tipo 2 si la dieta, el ejercicio y la medicación oral no consiguen controlar los niveles de glucosa en sangre.

La insulina se administra a través de inyecciones en la grasa existentes debajo de la piel del brazo, abdomen, ya que si se tomase por vía oral sería destruida en el aparato digestivo antes de pasar al flujo sanguíneo. Las necesidades de insulina varían en función de los alimentos que se ingiere y de la actividad física que se realiza. La insulina puede inyectarse a través de distintos dispositivos:

Jeringas tradicionales: Son de un solo uso, graduadas en unidades internacionales.

Plumas para inyección de insulina: Son aparatos con forma de pluma que tienen en su interior un cartucho que contiene la insulina, el cartucho se cambia cuando la insulina se acaba pero la pluma se sigue utilizando.

Jeringas precargadas: Son dispositivos similares a las plumas previamente cargadas de insulina. Una vez que se acaba la insulina se descarta toda la jeringa.

Tratamiento Dietético

Este pilar terapéutico es fundamental en el tratamiento del paciente diabético, pretende sin dejar de cubrir los requerimientos nutricionales, distribuir las calorías y nutrientes de forma equilibrada a lo largo del día según actividad y condiciones individuales de cada uno. El peso será una variable de gran valor en su evaluación, deberá acercarse y mantenerse dentro de lo posible en el peso ideal, Es bueno un índice de masa corporal entre 20 y 25 kg/m² y malo si sobrepasa los 27 kg/m², la reducción de peso en los diabéticos tipo 2 provoca en pocos días una mejoría

sintomática que debe aprovecharse para un muy necesario refuerzo positivo del cambio de conducta alimentaria (L. Mazarrosa Aveal 2010).

Una dieta adecuada para pacientes diabéticos es aquella que se considera:

- Ser fraccionada para mejorar la adherencia a la dieta, reduciendo los picos glicémicos postprandiales y resulta especialmente útil en los paciente en insulinoterapia, los alimentos se distribuirán en cinco comidas o ingestas diarias como máximo.
- La ingesta diaria de calorías deberá estar de acuerdo al peso. En los pacientes con sobrepeso y obesidad, una reducción entre el 5% y 10% del peso corporal le brinda beneficios significativos en el control metabólico.
- La ingesta de proteínas debe ser entre el 15% y 20% de la ingesta calórica diaria correspondiente entre el 1 y 1,5 gramos por kilo de peso corporal como en la población en general. En pacientes con nefropatía crónica establecida (proteinuria menor 3,5g/24h) no debe exceder de 0,8g/k de peso corporal.
- La ingesta de carbohidratos debe ser entre 45 y 55 del VCT; El consumo de carbohidratos con bajo índice glicémico brinda una ventaja adicional en el control de la hemoglobina glicosilada; El consumo moderado de sacarosa de hasta el 10% del total de carbohidratos no afecta el control metabólico; Se recomienda el consumo moderado de edulcorantes aprobados.
- Se recomienda la ingesta de fibra entre 25 a50g/día o 15 a 25g/1000kcal consumidas.
- No se recomienda el suplemento de antioxidantes (vitamina C, vitamina E y caroteno) porque no son beneficiosos y existe la preocupación de su seguridad a largo plazo, tampoco se recomienda el suplemento de micronutrientes (magnesio, cromo, vitamina D) por no haber evidencia de su beneficio en el control metabólico.
- En cuanto al consumo de alcohol se debe tener la misma precaución para la población en general, es decir no debe excederse

de 15g/día en mujeres, ni de 30g/día en varones.

- Reducir el consumo de sal.
- Evitar el consumo de azúcar y productos azucarados (gaseosas, golosinas, bebidas azucaradas, galletas dulces, postres que contengan azúcar).
- Consumir frutas y verduras.

Actividad Física

La actividad física ha demostrado beneficios en prevenir y tratar la Diabetes Mellitus tipo 2. La respuesta hormonal al ejercicio físico se caracteriza por una disminución de la secreción de insulina y un incremento de la concentración circulante de otras hormonas, como catecolaminas, glucagón, hormona de crecimiento y cortisol.

La reducción de la secreción de insulina facilita la producción de glucosa hepática y la movilización de ácidos grasos libres desde los adipocitos; el glucagón y la epinefrina tienen un importante papel en el mantenimiento de la homeostasis de la glucosa durante el ejercicio.

La actividad física recomendada debe ser progresiva, supervisada y de manera individual, previa evaluación por el personal médico calificado. Los adultos de 18 a 64 años deben dedicar como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada. La actividad aeróbica se practicará en forma progresiva iniciando con sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.

En las personas mayores de 60 años considerar lo siguiente: Con movilidad reducida deben realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana. Realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana. Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

Se debe advertir al paciente sobre el riesgo de hipoglicemia durante la práctica del ejercicio físico sobretodo en pacientes que usan insulina y secreta gogos de insulina, quienes deberán consumir una ración de carbohidratos extra si el nivel de glucosa previo al ejercicio es menor de

100 mg/dl.

Vida Cotidiana del ser Humano

Vida: Es la existencia, el término suele aludir a la actividad que lleva a cabo un ser orgánico con mayor presión a su capacidad de nacer, desarrollarse, reproducirse y morir.

Cotidiano: Lo cotidiano es aquello que se realiza todos los días.

Se refiere a las acciones que una persona desarrolla diariamente, algunas son comunes a todos los individuos (despertarse, comer, trabajar, irse a dormir), mientras que otras dependen de la realidad de cada sujeto. Los filósofos y sociólogos suelen sostener que la vida cotidiana elabora sentidos y genera naturalidad, de este modo la vida cotidiana resulta segura ya que minimiza la incertidumbre.

Vida cotidiana en un paciente Diabético

La diabetes es una enfermedad que no se cura y que requiere cuidados todos los días, no es fácil para una persona aceptar la noticia de que tiene diabetes, las personas con diabetes deben hacer cambios importantes en sus vidas y para mantenerse saludables deben aprender a supervisar y controlar sus niveles de azúcar en la sangre, las personas que no controlan sus niveles de azúcar pueden desarrollar problemas de salud graves como ceguera, daño a los nervios e insuficiencia renal.

Factores Psicológicos que influyen en el Comportamiento de los Usuarios con Diagnóstico de Diabetes.

Nivel cognitivo: Se refiere a lo que pensamos acerca de nuestra enfermedad, como creemos que va a evolucionar, cuáles son sus causas y consecuencias y que posibilidades tenemos de modificar su curso; estas creencias harán que la persona con diabetes actúe de una u otra forma, tenga una actitud pasiva o activa ante su enfermedad; aquellas que mantengan una actitud pasiva ante su salud y enfermedad acudirán única y exclusivamente al médico cuando se sienten enfermos.

El nivel afectivo: Se refiere a las reacciones emocionales que manifiestan las personas hacia la enfermedad y sus consecuencias; miedo, ansiedad,

depresión, vergüenza, culpa, resentimiento e ira son emociones que pueden aparecer en diferentes estadios del proceso y puede abarcar desde una reacción normal hasta un evento traumático a nivel psíquico. Algunas de las reacciones más comunes relacionadas con el curso y evolución de la diabetes son la ansiedad y la depresión, en muchos pacientes estas reacciones son el resultado de una mala adaptación a la enfermedad a la que contribuye la frustración social el incremento del estrés, junto con una capacidad de afrontamiento insuficiente.

Nivel conductual: Incluye el cuidado personal, la forma de afrontamiento de las situaciones estresantes y la propia enfermedad, la forma de comunicación con el personal salud, el grado de actividad física, el cambio de hábito. (Taiz Pérez 2009).

Trastornos Mentales y Estados emocionales en los Usuarios con Diabetes Mellitus.

El término de trastornos mentales o emocionales incluye una gran gama de condiciones que afectan sustancialmente la capacidad de las personas para manejar las demandas de la vida diaria. Esta condición puede causar dificultades de pensamiento, sentimientos, conducta funcional y relaciones personales.

En la mayoría de los trastornos psíquicos existe una estrecha relación entre sus componentes, una relación de influencia mutua entre las respuestas fisiológicas del cuerpo, los pensamientos, los estados emocionales y la conducta de una persona ante una determinada situación o problema; así si nos sentimos tristes y deprimidos nuestro pensamiento será negativo y pesimista, nuestra actividad descenderá y nuestro cuerpo modificara su funcionamiento.

La salud mental y estabilidad emocional se pueden ver afectadas desde el momento del diagnóstico ya que el paciente se enfrenta a una crisis que implica un cúmulo de pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto en diversos ámbitos de su vida. Esta crisis surgen debido a varias razones: dificultad para aceptar la enfermedad, resistencia al cambio de ciertas conductas que son parte

indispensable del tratamiento, que se perciba poco eficaz ante el tratamiento o que se presenten problemas de estrés psicológico, ansiedad y depresión. Numerosos estudios han demostrado lo difícil que es mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes si no se consideran todas sus dimensiones: físicas, psíquicas y social.

Dentro de los trastornos mentales y emocionales tenemos:

- Negación: Al principio cuando se diagnostica la Diabetes algunas personas se convencen de que el diagnóstico es incorrecto y que no puede ser verdad; esto es peligroso ya que puede conducir a negarse a dar los pasos correctos para manejar la Diabetes. La negación también puede ocurrir más adelante, cuando realiza su plan de control; Algunas personas progresan en el tratamiento de la Diabetes, pero luego retornan a un estado en el que la información y los cambios en el estilo de vida se tornan una carga demasiado pesada de sobrellevar, por lo que retoman comportamientos continuos que tenían antes de recibir el diagnóstico.
- Trastornos de ansiedad: La ansiedad es una respuesta emocional en la que actúan tres sistemas (fisiológico, cognitivo y motor). La angustia y la ansiedad son inherentes a la especie humana y en algunos casos constituyen el motor esencial de la actividad cotidiana; la ansiedad puede ser una sensación en la que se mezclan muchas emociones (miedo, vergüenza, culpa, etc.). Y cuando se pierden el control y la voluntad aparece la angustia asociada a situaciones desesperadas y fuertes tensiones psíquicas.

Los pacientes diabéticos sufren de un estrés psicológico importante, pues se les hace el diagnóstico de una enfermedad que va a cambiar su vida y puede acortarla; por otro lado el riesgo de que puedan tener complicaciones serias como la ceguera, neuropatía, nefropatía es muy alto, además tiene que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud siguiendo las indicaciones que le da el médico en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de su glucosa; esto implica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y este es quizá el reto más difícil a vencer, en esta enfermedad el diagnóstico es el principal evento estresante y en algunos casos inicia una respuesta adaptativa que

los lleva a una nueva situación de salud – enfermedad. (Garay y Col. 1995).

Los niveles elevados de estrés se asocian con un descontrol metabólico (aumento de la hemoglobina glucosilada) y este puede ser por dos mecanismos: Un efecto psicológico por medio del cual el estrés interrumpe rutinas de conducta relacionadas al manejo de la enfermedad como son la dieta, el ejercicio y la medicación favoreciendo un deterioro del control metabólico, por otro lado el estrés inicia cambios psicofisiológicos con un incremento de secreción de hormonas contra reguladoras, principalmente catecolaminas y cortisol, lo cual incrementa los niveles sanguíneos de glucosa.

- Depresión: Cuando una persona está deprimido sus pensamientos suelen ser negativos, existe malestar físico en forma de abatimiento y dolor y las emociones están cargadas de tristeza y desesperanza hacia la vida.

La Diabetes es una enfermedad que no tiene cura y por tanto ya desde su diagnóstico afecta el bienestar subjetivo del individuo que la padece, genera reacciones emocionales que se reflejan en todas las esferas de la vida del que la padece, las personas sienten que han perdido la salud y ya no tiene control sobre sus vidas, la persona se enfrenta sin esperarlo y sin estar preparado a una enfermedad crónica que desajusta toda su vida y que impone un régimen riguroso de tratamiento que debe cumplir diariamente, debe reajustar toda su actividad diaria a las nuevas demandas que la enfermedad le impone y por lo regular exceden los recursos adaptativos que poseía hasta el momento, por estas razones aparecen con frecuencia en esta etapa conductas ansiosas y/o depresivas que requieren tratamiento.

Al considerar las emociones vinculadas a la aparición o complicación de cualquier enfermedad, se está dando justo valor a la subjetividad de cada persona, a su forma de ver y sentir el mundo y a entender la individualidad de los procesos mórbidos con sus matices biológicos, psicológicos y sociales; permite contemplar la enfermedad como un fenómeno complejo y multideterminado, vinculado a una cultura que conforma sus prácticas cotidianas.

Teorista de enfermería relacionado con el tema de investigación:

Hildegard Peplau: Modelo de enfermería psicodinámica, teoría de las relaciones interpersonales. En su teoría de relaciones interpersonales analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a la necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Para Peplau, en la relación enfermera – paciente se identifica cuatro fases:

- **Orientación:** Momento en que el paciente presente un estado de incomodidad y necesita apoyo de un profesional de la enfermería, quien le ayudara a entender lo que ocurre.
- **Identificación:** Aquí el paciente se identifica con las personas que le brindan cuidados. La enfermera favorece la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad y a reforzar los mecanismos positivos de la personalidad que le proporcione la satisfacción que necesita.
- **Explotación:** Durante esta fase el plan de cuidados del profesional de enfermería se aplica de manera efectiva y el paciente hace uso de los servicios, colabora y se beneficia de ellos.
- **Resolución:** Esta se produce cuando el paciente abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas.

Esta teoría permite que los profesionales de enfermería dejen de centrarse en la atención biofísica de la enfermedad y acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad. Peplau empleó conocimientos tomados de la ciencia conductual, el modelo psicológico. Este permite al enfermero situarse fuera de la concepción de enfermedad hacia otra orientación e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de enfermería. Esto nos permite enseñar a los pacientes como debe experimentar sus sentimientos y explorar con ellos la forma de asimilar estos sentimientos. (Ann Marriner Tomey, Marta Raile Alligood 2011).

1.3 Justificación de la investigación

El presente trabajo de investigación es necesario porque se ha observado que en los últimos años se ha incrementado considerablemente los casos de Diabetes llegando a producir complicaciones graves que llevan a la muerte; esto es producto de que los pacientes al ser diagnosticados con la enfermedad cambian por completo su percepción de vida, atraviesan una gama de emociones que comienza con negación, temor, culpa, enojo, confusión y depresión, desinterés que se asocia a un descontrol metabólico, interrumpe rutinas de conductas relacionadas al manejo de la enfermedad como : la dieta, el ejercicio, la medicación. Se realiza este estudio porque nos permitirá aportar conocimientos del estado emocional de los pacientes con diagnóstico de Diabetes en relación a su vida cotidiana, como afectan las emociones negativas en el manejo de su enfermedad y en sus actividades diarias el cual al entrar el paciente en un estado emocional negativo abandona su tratamiento y los estilos de vida saludable que llevarán a las complicaciones graves y muerte.

Desde el punto de vista académico, los resultados de esta investigación estado emocional de los usuarios con diagnóstico de Diabetes y su relación con su vida cotidiana podrá fortalecer y mejorar los conocimientos del paciente hacia su enfermedad, afrontarlos y poder manejarlos, disminuir complicaciones haciendo que el usuario presente una actitud positiva continuando su tratamiento, adaptándose a su nuevo estilo de vida con apoyo del personal de salud, familia y comunidad.

Desde el punto de vista metodológico, los instrumentos aplicados serán validados en los usuarios adultos mayores y los resultados obtenidos servirán como antecedentes para futuras investigaciones relacionados con el tema de estudio.

Desde el punto de vista práctico los resultados de este estudio enmarcados en la línea de investigación de enfermería, serán en beneficio de los usuarios adultos mayores con diagnóstico de Diabetes del EsSalud - Huaraz ya que permitirá que los profesionales de la salud se enfoquen no solo en la parte física del usuario sino también en la parte emocional brindando consejería sobre los cambios emocionales, indicando terapias

de relajación y /o interconsultas con el servicio de psicología.

Desde el punto de vista teórico, la investigación se fundamenta en la teoría de Hildegard Peplau: Relaciones interpersonales; permite que los profesionales dejen de centrarse en la atención biofísica de la enfermedad y acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad, permitiendo al enfermero situarse fuera de la concepción de enfermedad e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de enfermería.

1.4 Problema

¿El estado emocional del usuario adulto mayor con diagnóstico de diabetes del Hospital II ESSALUD, Huaraz se relaciona con su vida cotidiana?

1.5. Conceptualización y Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
<p>Variable I.</p> <p>Estado emocional del adulto mayor con diagnóstico de diabetes</p>	<p>Estado afectivo que experimentamos, de manera subjetiva al adaptarse a cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato.</p>	<p>Es un estado psicológico que puede ser positivo o negativo según la capacidad adaptativa de la persona con diagnóstico de diabetes.</p>	<p>Emociones Positivas</p> <p>Emociones negativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría • Adaptación • Esperanza • Negación • Tristeza • Miedo • Inseguridad • Ansiedad • Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - Si - No

<p>Variable 2. Vida cotidiana</p>	<p>Acciones que una persona desarrolla diariamente, algunas son comunes a todos los individuos (despertarse, comer, irse a dormir), mientras que otras dependen de la realidad de cada sujeto</p>	<p>Actividades que realiza el usuario adulto mayor con diagnóstico de diabetes desde que se levanta como: comer, trabajar, relajarse e irse adormir, o alterados.</p>	<p>Vida Cotidiana</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mañana <ul style="list-style-type: none"> • Trabaja igual que antes • Le cuesta mayor esfuerzo empezar sus actividades diarias ❖ Tarde <ul style="list-style-type: none"> • Siente apatía • Practica alguna terapia de relajación • Realiza caminatas durante la semana ❖ Noche <ul style="list-style-type: none"> • Duerme como antes • Tiene facilidad para descansar 	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>
--	---	---	------------------------------	---	--

1.6 Hipótesis

- Hi: El estado emocional de los usuarios adultos mayores con diagnóstico de diabetes tiene relación significativa en las actividades de su vida cotidiana.
- Ho: El estado emocional de los usuarios adultos mayores con diagnóstico de diabetes no tiene relación significativa en las actividades de su vida cotidiana.

1.7 Objetivos

Objetivo general:

- Determinar el estado emocional del usuario adulto mayor con diagnóstico de diabetes y su relación con su vida cotidiana del hospital II- EsSalud- Huaraz.

Objetivos específicos:

- Identificar el estado emocional del usuario adulto mayor con diagnóstico de diabetes del Hospital II- EsSalud- Huaraz.
- Identificar las actividades cotidianas del usuario adulto mayor con diabetes del Hospital II- EsSalud- Huaraz.
- Relacionar el estado emocional de los usuarios adultos mayores con su vida cotidiana Hospital II- EsSalud- Huaraz.

2. Metodología de trabajo de Investigación:

2.1 Tipo y diseño de Investigación

Tipo de investigación:

- Según la naturaleza del estudio: Estudio cuantitativo: La investigación cuantitativa usa la recolección de datos estadístico, tal cual se den (Hernández Sampieri, 2010). El presente trabajo, según su naturaleza es una investigación cuantitativa porque permitirá recolectar datos del estado emocional de los usuarios adultos mayores.
- Según el nivel que se desea alcanzar: Es un estudio descriptivo: Miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables),

aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. (Hernández Sampieri, 2010). El presente estudio de investigación se considera descriptivo, porque según lo citado por el autor, pretende conocer el estado emocional del usuario adulto mayor y su vida cotidiana.

- Según el tiempo de ejecución: Estudio transversal: La investigación transeccional o transversal recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández Sampieri, 2010). El presente estudio de investigación, es de tipo transversal porque se recolectará los datos sobre el estado emocional del usuario adulto mayor con diagnóstico de diabetes.

Diseño de Investigación:

- No experimental, transversal, descriptivo, retrospectivo tipo cuantitativo. Un diseño no experimental puede definirse como como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. (Hernández Sampieri, 2010) En el presente estudio, no se hará variar de forma intencional la variable: estado emocional del adulto mayor con diagnóstico de diabetes, solo se observará las situaciones ya existentes, es decir, no se tendrá control directo sobre ellas ni mucho menos influirá.

2.2 Población y muestra

- Población: Estará compuesta por 95 adultos Mayores con diagnóstico de diabetes del Hospital II EsSalud –Huaraz.
- Fue un muestreo de tipo aleatorio a los adultos mayores con diagnóstico de diabetes del Hospital II EsSalud –Huaraz.
- Muestra: Para la presente investigación se tom en cuenta como muestra 65 usuarios adultos mayores que acuden al Hospital II ESSALUD Huaraz; conforme al resultado obtenido con la aplicación de la siguiente formula:

$$n = \frac{d^2(N - 1) + z^2 \cdot P \cdot Q}{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

N = Total de la Población = 95
Z = 1.96 (si la seguridad es de 95%)
P = Proporción esperada (5% = 0.05)
Q = 1 - P (1 - 0.05 = 0.95)
D = Precisión (en este caso 3%)

Entonces:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2(N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$n = \frac{95 \cdot 1.96^2 \cdot 0.05 \cdot 0.95}{0.032^2 (95 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.05 \cdot 0.95}$$

$$n = \frac{95 \cdot 3.8416 \cdot 0.05 \cdot 0.95}{0.0009 \cdot 94 + 3.8416 \cdot 0.05 \cdot 0.95}$$

$$n = \frac{17.33522}{0.267076}$$

$$n = 64.90 = 65$$

2.3 Técnicas e instrumentos de investigación

- Técnica: Encuesta: Contiene preguntas relacionadas al tema de investigación diseñado, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información.
- Instrumentos: Se aplicó un cuestionario que permitió obtener información requerida sobre el estado emocional del usuario adulto mayor con diagnóstico de diabetes y su relación con su vida cotidiana.
- Método: Entrevista.

2.4 Procedimiento de Recolección de Datos

- Descripción: El cuestionario consiste en una serie de enunciados o juicios ante los cuales se marcó con un aspa según corresponda la respuesta del usuario (sí, no).
- Objetivo: Obtener información acerca de los estados emocionales de los usuarios adultos mayores y su relación con su vida cotidiana.
- Validez y confiabilidad: El instrumento que se empleó para la

recolección de datos ya está validado y es de confiabilidad.

2.5 Protección de derechos humanos de los sujetos de estudio

Para el presente estudio de investigación se tomó en cuenta los principios éticos de la teoría de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, considerando lo siguiente:

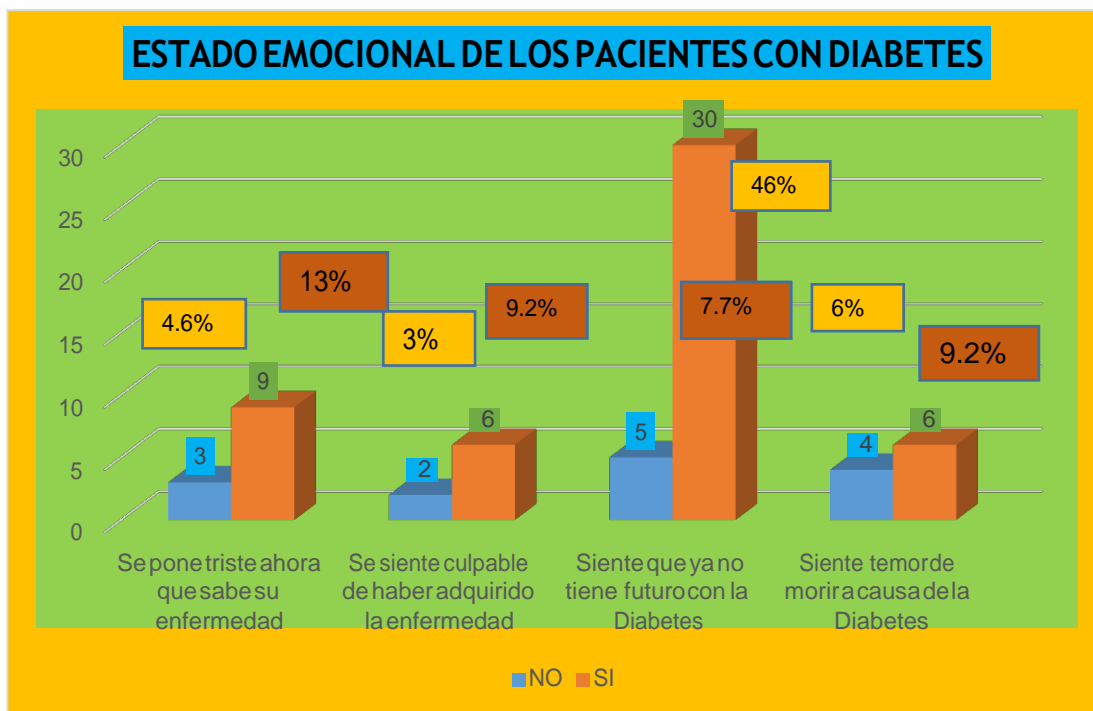
- Autonomía: El trabajo de investigación consideró la Autonomía en cuanto a la recolección y procesamiento de datos.
- No maleficencia: Durante todo el proceso, y como efectos de la misma investigación, no se cometerán daños, ni agravios morales
- Beneficencia: Los resultados del estudio beneficiarán a los usuarios adultos mayores con diagnóstico de diabetes y familiares del Hospital II Es Salud Huaraz.
- Justicia: Los resultados del estudio, serán comunicados a quienes estén involucrados.
- Petición de permiso: Con la aprobación del proyecto se envió una solicitud dirigido al director del Hospital II EsSalud para poder ingresar al programa.

2.6 Procesamiento y análisis de la información

Los datos obtenidos se codificaron e ingresó a una matriz de tabulación para su procedimiento automático empleando al software especializado en estadística al programa Microsoft Excel 2013, para posteriormente ser procesadas y analizadas mediante el uso del programa SPSS V22. El presente trabajo de investigación está representado en cuadros y gráficos estadísticos obtenidos.

3.- Resultados

Grafico N° 1



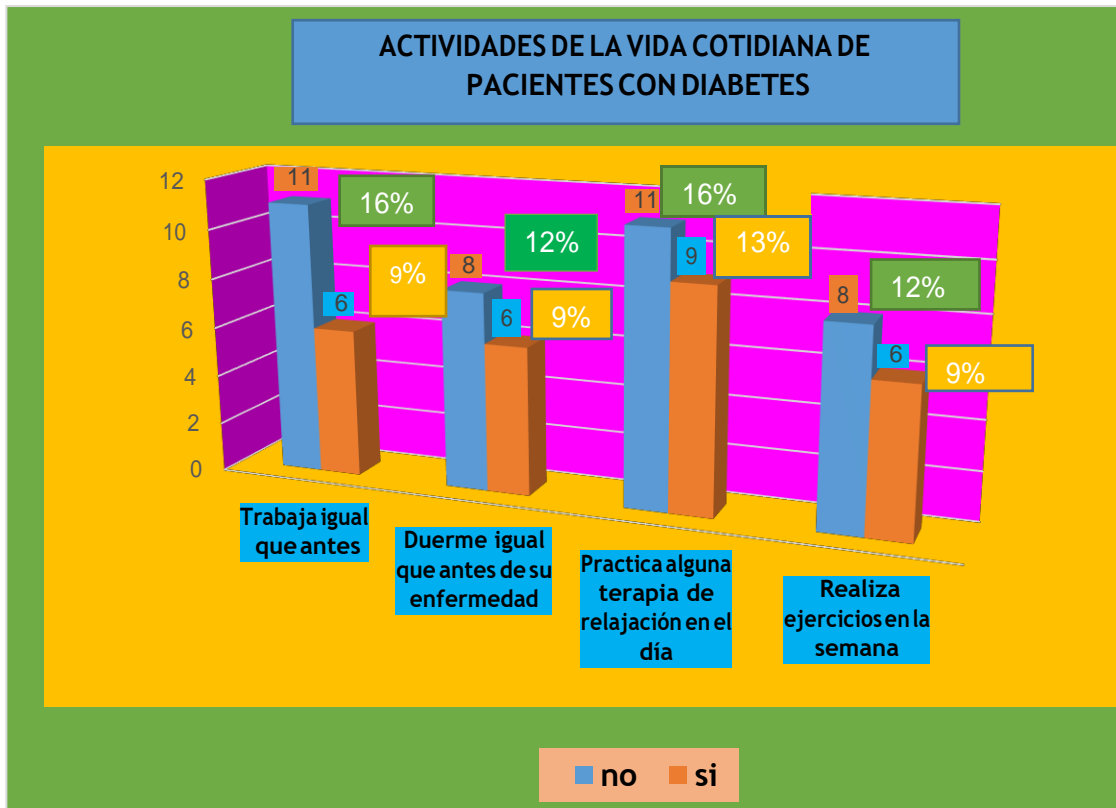
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con diabetes ESSALUD-Huaraz 2017

Analisis e interpretación de datos estadísticos:

En el presente grafico observamos que el estado emocional se ve seriamente afectado en estos pacientes con diagnóstico de diabetes, donde del 100% (95) el 4% (3) menciona que con esta enfermedad no se pone triste , seguido de un 13% (9), menciona que si se pone triste , respecto a que si se siente culpable de la enfermedad el 3% (2) dice que no y el 9.2(6) dice que si se siente culpable, podemos que respecto a que si siente que ya no tiene futuro el 46% (30) dice que ya no tiene futuro y el 7.7 % (5) menciona que aún tiene futuro, con respecto a que si siente morir por esta enfermedad el 6% (4) menciona que no y el 9.2 % (6) dice que sí. Cabe mencionar que estos resultados tienen relación con el trabajo de Cerna y Bocanegra. (2013) en su tesis titulada Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con Diabetes tipo 2 del Hospital Nacional de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, tuvo como objetivo: Estimar la frecuencia de ansiedad y depresión, así como su asociación con el

control glicémico en pacientes con Diabetes. Sus resultados fueron que el 172 (64%) mujeres y 98 (36%) hombres, el promedio de edad fue de 52 años. El 57,78% de pacientes presentaron depresión, es decir que si el estado emocional si se ve alterado cuando conocen su diagnóstico. Ríos Mendoza (2013), en su tesis titulado Frecuencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, encontró que el 12.2% presentaron depresión baja poniéndolos en un rango de ligeramente deprimido, 0% para los niveles moderado y severo, el 87.8% mostro puntaje normal, la frecuencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Su conclusión fue que la población diabética tiene un mayor riesgo a desarrollar depresión.

Grafico N° 2



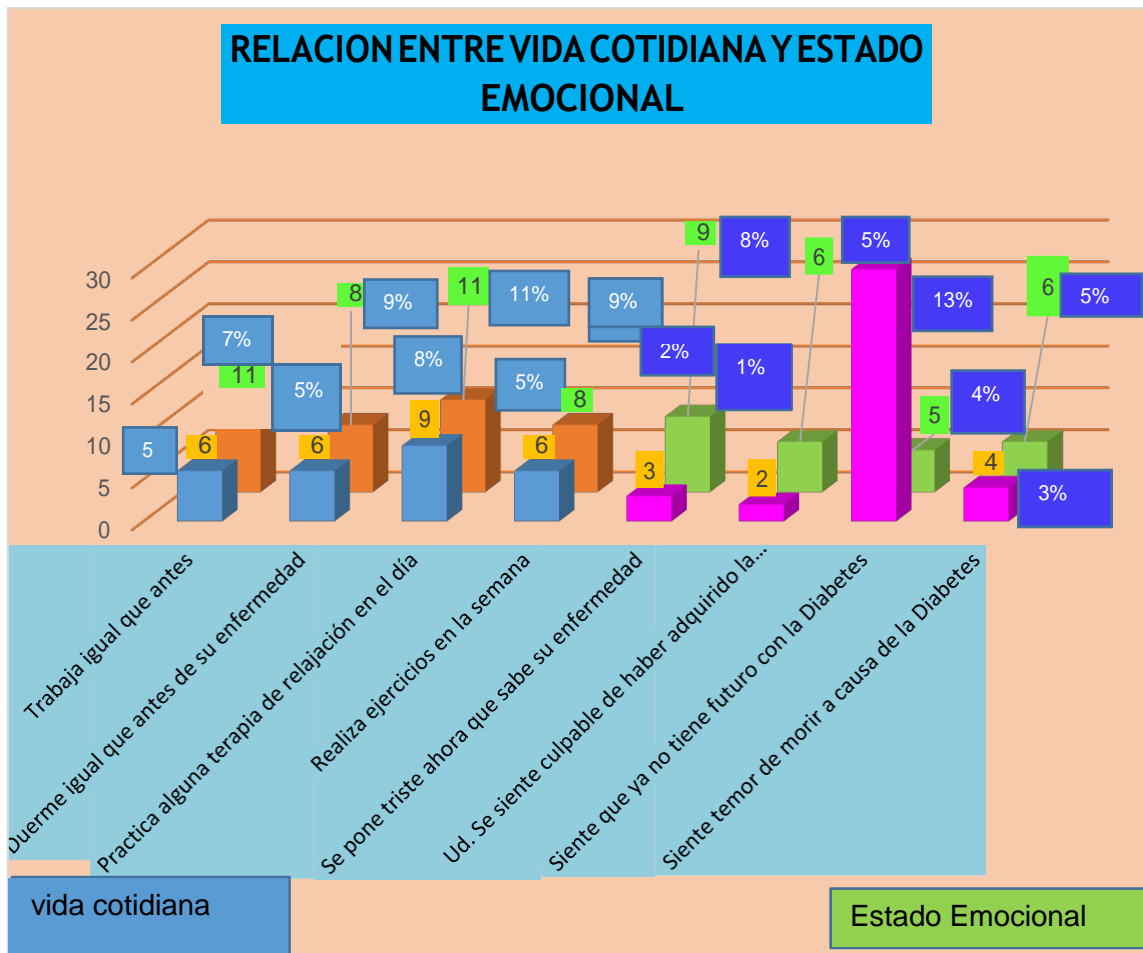
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con diabetes ESSALUD-Huaraz 2017

Analisis e interpretación de datos estadísticos:

En el presente grafico observamos lo que mencionan los pacientes respecto a las actividades cotidianas que realizan donde el 16%(11) menciona que no trabaja igual que antes, mientras que el 9% (6) dicen que si trabajan como

antes, con respecto a que duerme igual que antes el 12 % (8) dice que ha perdido el sueño, pero el 9% (6) dice que si duerme igual que antes, en relación a que si practica alguna terapia el 16% (11) no practica pero el 13% (9) si practican alguna terapia, cuando se les pregunta si realizan algún ejercicio durante la semana el 12%(8) menciona que no realizan ejercicios, y el 9%(6) si realizan ejercicios, durante la semana.

Grafico N° 3



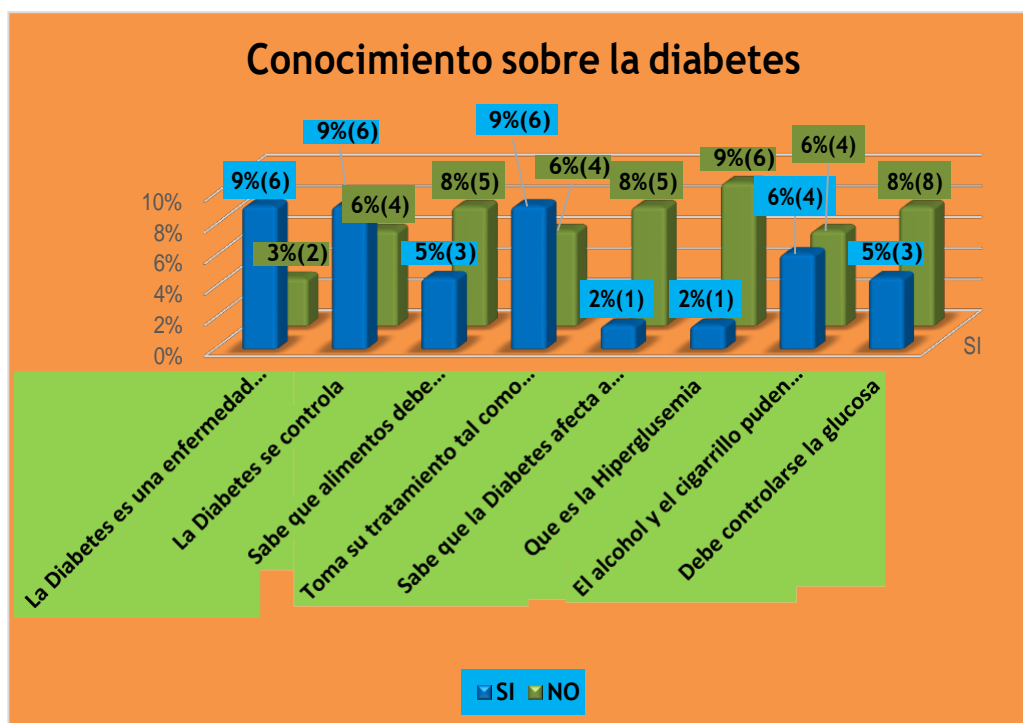
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con diabetes ESSALUD-Huaraz 2017

Analisis e interpretación de datos estadísticos:

En lo que respecta a la relación de ambas variables, según la prueba chi cuadrado observamos que si existe relación entre el estado emocional y la vida cotidiana, ya que ambos van de la mano durante todo el que hacer del ser humano, estos resultados tienen relación con el trabajo de Cerna y Bocanegra.

(2013) en su tesis titulada Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con Diabetes tipo 2 del Hospital Nacional de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, tuvo como objetivo: Estimar la frecuencia de ansiedad y depresión, así como su asociación con el control glicémico en pacientes con Diabetes. Sus resultados fueron que el 172 (64%) mujeres y 98 (36%) hombres, el promedio de edad fue de 52 años. El 57,78% de pacientes presentaron depresión, es decir que si el estado emocional si se ve alterado cuando conocen su diagnóstico.

Grafico N° 4



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con diabetes ESSALUD-Huaraz 2017

Analisis e interpretación de datos estadísticos:

En el presente grafico observamos que el 9% (6) si sabe que la diabetes es una enfermedad que no tiene cura, el 3% (2) no sabe respecto a la enfermedad, el 9% (6) sabe que la enfermedad se controla mientras que el 6%(4) no sabe que respecto al control de la enfermedad, además respecto a que alimentos debe de consumir el 5%(3) si sabe que alimentos consumir pero el 8%(5) no sabe que alimentos consumir durante las horas de comida, respecto a cumplimiento del

tratamiento el 9% (6) si sabe pero el 6% (4) no sabe, con respecto a que si la diabetes afecta a otros órganos el 2%(1) si sabe mientras que el 8%(5) no sabe , cuando se le menciona si saben que es una hiperglucemia el 2%(1) sabe mientras que el 9%(6) no sabe, con respecto al consumo del alcohol y el cigarrillo el 6%(4) menciona que si sabe pero el 6% (4) no sabe y por último en relación a que si sabe que debe controlarse la glucosa el 5%(3) si sabe y menciona que es importante mientras que el 8% (8) no sabe.

4.- Analisis y discusión de resultados

Discusión

Los pacientes con esta enfermedad si se ven afectados en el aspecto emocional podemos demostrarlo con los hallazgos del presente trabajo de investigación con los resultados estadísticos donde , el 4% (3) menciona que con esta enfermedad no se pone triste , seguido de un 13% (9) menciona que si se pone triste , respecto a que si se siente culpable de la enfermedad el 3% (2) dice que no y el 9.2(6) dice que si se siente culpable, respecto a que si siente que ya no tiene futuro el 46% (30) dice que ya no tiene futuro y el 7.7 % (5) menciona que aún tiene futuro, con respecto a que si siente morir por esta enfermedad el 6% (4) menciona que no y el 9.2 % (6) dice que sí.

Las alteraciones psicológicas y emocionales influyen en el estado bio-psico-social del paciente. Un mejor conocimiento de estos aspectos nos ayuda a la comprensión y al manejo de las situaciones difíciles en su día a día. . (Calvo y J. Cuenca 2015)

La prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2015, ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos siendo uno de ellos nuestro país.

En el presente trabajo de investigación se halló que el 2% (1) si sabe que la diabetes afecta a otros órganos mientras que el 8%(5) no sabe , cuando se le menciona si saben que es una hiperglucemia el 2% (1) sabe mientras que el 9% (6) no sabe, con respecto al consumo del alcohol y el cigarrillo el 6% (4) menciona que si sabe pero el 6% (4) no sabe y por último en relación a que si sabe que debe controlarse la glucosa el 5% (3) si sabe y menciona que es

importante mientras que el 8% (8) no sabe

Es muy importante el conocimiento de los pacientes respecto a que ocasiona esta enfermedad en otros órganos como la ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. Se estima que en 2015 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes. Otros 2,2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia en 2015.

Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco previenen la diabetes de tipo 2 o retrasan su aparición. Se puede tratar la diabetes y evitar o retrasar sus consecuencias con dieta, actividad física, medicación y exámenes periódicos para detectar y tratar sus complicaciones, (OMS 2016)

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones:

- Se llega a la conclusión que el 4% (3) de pacientes diabéticos menciona que con esta enfermedad no se pone triste, seguido de un 13% (9) menciona que si se pone triste
- Se llega a la conclusión que el 3% (2) no se siente culpable respecto a la enfermedad y el 9.2 (6) dice que si se siente culpable.
- Se llega a la conclusión que el 46% (30) dice que ya no tiene futuro y el 7.7 % (5) menciona que aún tiene futuro.
- Se llega a la conclusión que el 6% (4) prefiere morir con esta enfermedad y el 9.2 % (6) dice que no tiene este sentimiento.
- Se llega a la conclusión que el estado emocional de los pacientes con diagnóstico de diabetes si se ve afectado cuando conocen su diagnóstico, el cual afecta en su vida cotidiana
- Se concluye que la mayoría de pacientes desconoce que es la hiperglucemia y cuál es su riesgo si no se controlan.

5.2. Recomendaciones:

- Se recomienda a los profesionales de enfermería responsables del programa del adulto mayor a orientar a los usuarios brindándoles un trato de confianza enfocándose en el estado físico y emocional que presenten cada uno de ellos.
- Se sugiere a los responsables del programa adulto mayor a realizar sesiones educativas continuas según grado de instrucción que les permita comprender claramente y no alteren su estado emocional.
- Se recomienda a los del programa adulto mayor trabajar con los la familia del usuario para evitar problemas de tipo emocional y depresión.
- Se recomienda realizar visitas domiciliarias a los pacientes para poder orientar de manera adecuada respecto a su alimentación y los cambios que deben realizar en su vida cotidiana.
- Se recomienda al responsable del rograma adulto mayor que todos los pacientes con este diagnóstico pasen una consulta con el psicólogo para darles un soporte emocional adecuado.
- Se recomienda al responsable del programa adulto mayor orientar al usuario que su vida cotidiana debe ser equilibrada y no con estrés.

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardila Ruben (2003). Calidad de vida: Una Definición Integradora. Revista Latinoamericana de psicología, volumen 35 (002). Bogota, Colombia.*
- Ann Marriner Tomey, Marta Raile Alligood (2011). Modelos y teorías en enfermería (7ma edición). España. Edit. Elsevier.*
- Brunner L. (2004). Enfermería Médico - Quirúrgico (10ma edición). México. Edit. Interamericana.*
- Cao Zouya M. (2004). Nutrición y Dietética, (2da edición) Edi. MASSON.*
- DUGAS, B. (2000). Tratado de Enfermería Práctica. Necesidades de aprendizaje del paciente. (4ª edición). México. Edit. Interamericana.*
- Grupo de trabajo de Diabetes Mellitus y enfermedad cardiovascular (2007). Diabetes Mellitus y Enfermedades Cardiovasculares. España. Edit. Mayo.*
- Grupo Oceano (2009). Nuevo Manual de Enfermería. España. Edit. Oceáno Centrum.*
- Joaquín Navarro (2002). Manual de la Enfermería / dirección de la obra. Barcelona. Edit. Océano.*
- MINSA (2014). Guía práctica clínica para la prevención, diagnóstico y control de la Diabetes Mellitus tipo 2. Lima – Perú. Editor. Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas.*
- Ledesma Pérez María del Carmen (2009). Fundamentos de enfermería. México. Edit. Limusa.*
- María C. Fenton Tait. Carlos A. León Román (2005). Temas de Enfermería Médico – Quirúrgica. La Habana. Edit. Ciencias Médicas.*
- Rosales Turriate e. (2009). Anatomía y fisiología humana 17ava edición. Lima – Perú. Edit. SERVIMEDIC ROSALES E.I.R.L.*
- Rebolledo Saldivia Ximena (2012). Manual de procedimientos de enfermería (1º Edición). Chile: Universidad santo Tomas Santiago.*
- Tortora G. Derrickson B. (2006). Principios de Anatomía y Fisiología 11ava edición. México. Edit. Panamericana.*

Bibliografía virtual

Aucay Morocho O. Carabajo Inga L. (2013). Autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del centro de salud N° 1 Pumapungo, cuenca – Ecuador.

Dr. Carlos Basanta (2015). La Diabetes y las emociones. Recuperado de http://drcarlosbasanta.es.tl/_-La-Diabetes-y-las-emociones.htm.

Dra. Ma. Garay Sevilla Eugenia (2004). El mundo emocional del paciente diabético. Universidad de Guanajuato. Instituto de investigaciones Médicas. Disponible en [concyteg. Gob.mx](http://concyteg.gob.mx).

Haya Pezo K. Paima Angulo K. (2012). Calidad de vida en pacientes con diabetes Mellitus tipo II. Programa Diabetes Mellitus. Hospital ESSALUD – II Tarapoto. Junio – Agosto.

NIPRO Diagnostics TM (2010). La Guía TRUE para la atención de la Diabetes.

Nieto Lazo C. Prada Quevedo A. (2011). Proceso de adaptación de los adultos maduros con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en el H.N.A.A.A. Chiclayo.

Seclen Santiesteban S. (2013). Aspectos epidemiológicos y genéticos de la Diabetes Mellitus en la población peruana. Recuperado de [WWW.Scielo.org. pe/ SciELO](http://WWW.Scielo.org.pe/SciELO).

7.- GRADECIMIENTO

Agradezco a la universidad San Pedro por haberme formado académicamente y abierto las puertas de su seno mater para poder estudiar la carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Agradezco a la Lic. Yrma Rosario Soto García por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento por haberme orientado en todo momento en la realización de este proyecto.

Agradezco a todo el equipo del programa del adulto mayor del Hospital II ESSALUD – Huaraz por su apoyo en la aplicación del instrumento del presente trabajo de investigación.

A todos los que me apoyaron en la realización del trabajo de investigación, Dios les bendiga con su infinita gracia.

8.- ANEXO

ANEXO 01



SOLICITO: REPROGRAMACIÓN DE FECHA DE LA AUTORIZACIÓN QUE SE ME OTORGO PARA REALIZAR ENCUESTA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL SERVICIO DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

Sr: Dr.: REBAZA ROJAS ADOLFO
DIRECTOR DEL HOSPITAL II ESSALUD – HUARAZ

Yo Alicia Violeta Durán Acuña identificado con DNI N° 40016010, Bachiller de la carrera profesional de enfermería egresado de la Universidad San Pedro, Domiciliado en el Jr. Simón Bolívar N° 619 – Huaraz, con el debido respeto me presento ante usted y expongo lo siguiente:

Que habiendo obtenido la autorización por el director de esta prestigiosa institución con el oficio N° 071 con fecha 28 de Abril del 2016 para realizar encuesta para mi proyecto de investigación (Tesis) el cual daba inicio en Mayo 2016 y no haber podido ejecutar en esa fecha por problemas relacionados a la tesis con la universidad san pedro por el cambio en la ley universitaria, solicito a usted autorización con reprogramación de fecha que dará inicio el mes de Marzo del 2017 hasta el mes de abril.


Siendo requisito indispensable para poder obtener mi título profesional y amparado bajo el convenio marco entre ESSALUD- Hz y la U.S.P. – Hz. Solicito a usted otorgarme la autorización con nueva fecha de ejecución.

POR TANTO:

Ruego a Ud. Sr. Director del hospital II ESSALUD Huaraz acceder mi petición por ser de justicia.

CC: Adjunto copia de oficio de la autorización anterior.

Huaraz 17 de marzo de 2017


ALICIA DURAN ACUÑA
D.N.I. 40016010

ANEXO 02



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
"Año de la Lucha Contra la Corrupción"

OFICIO N° 056 -D-RAHZ-ESSALUD-2017

Huaraz, 22 de marzo del 2017

Señorita:
ALICIA VIOLETA DURAN ACUÑA
Presente. -

Asunto : Autorización para efectuar trabajo de investigación (Tesis)
Ref : Solicitud S/N del 17 de marzo del 2017

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarla cordialmente y en atención al documento de la referencia tengo a bien **AUTORIZAR** el permiso requerido para que puedan efectuar su trabajo de investigación (tesis) por un periodo máximo de seis meses a partir del 1° de abril del año en curso, de lunes a sábado de 07:00 am a 01 pm, en el Área del Programa de Atención al Adulto Mayor del HII Huaraz, bajo la supervisión del Lic. Sergio Quispe Talla.

Asimismo, cabe indicar que para hacer efectiva dicha autorización deberá presentar un Plan de Trabajo; asimismo, al final de dicha investigación debe remitir un informe producto de la investigación.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente;



ADOLFO REBAZA ROJAS
CMP. 28540 RNE. 15770
DIRECTOR
RED ASISTENCIAL HUARAZ


ARR/RTR/fcm
Cc. Archivo.

NIT : 6556-2017-788

www.essalud.gob.pe

Av. Independencia N° 2161
Barrio Vichay - Independencia
Huaraz - Perú
T.: 043-422840 / 043-424827 / 043-425672

ANEXO 03

INSTRUMENTO

TITULO: Estado emocional del usuario adulto mayor con diagnóstico de diabetes y su relación con su vida cotidiana del hospital II – ESSALUD – Huaraz, 2017

PRESENTACION: Estimado Usuario. Buen día, la presente es para invitarle a responder el presente cuestionario. Sus respuestas son confidenciales y tienen por objetivo recoger su importante opinión sobre el tema a tratar Diabetes Mellitus.

INSTRUCCIONES: Lea atentamente cada una de las preguntas y marque una de las opciones que más lo(a) identifiquen. Marque la alternativa seleccionada con un aspa (X).

DATOS GENERALES:
 Apellidos y Nombre: *X X X X*
 Edad: *64* Sexo: *Femenino*
 Nivel Educativo: *Superior* Ocupación: *Su casa*
 Tratamiento indicado para su diabetes: *Insulina*

ESTADO EMOCIONAL

N°	ÍTEMS A EVALUAR	SI	NO
1	Se pone triste ahora que sabe su enfermedad	X	
2	Ud. Se siente culpable de haber adquirido la enfermedad	X	
3	Siente que ya no tiene futuro con la Diabetes	X	
4	Siente temor de morir a causa de la Diabetes	X	

VIDA COTIDIANA

N°	ÍTEMS A EVALUAR	SI	NO
1	Trabaja igual que antes		X
2	Duerme igual que antes de su enfermedad	X	
3	Practica alguna terapia de relajación en el día		X
4	Realiza ejercicios en la semana		X

CONOCIMIENTO SOBRE LA DIABETES

Nº	ÍTEMS A EVALUAR	SI	NO
1	¿Sabe Ud. Que la diabetes es una enfermedad crónica que no tiene cura?	X	
2	¿Ud. Sabe que la diabetes se controla?	X	
3	¿Sabe Ud. que alimentos debe consumir?		X
4	¿Sabe Ud. Que los ejercicios le ayudan estar mejor?	X	
5	¿Toma su tratamiento tal como lo ha indicado el medico?		X
6	¿Sabe Ud. Que la diabetes puede afectar a otros órganos?		X
7	¿Sabe Ud. Que es la hiperglucemia?		X
8	¿Sabe Ud. Que el alcohol y el cigarrillo pueden complicar la diabetes?	X	
9	¿Sabe Ud. cada que tiempo debe controlarse la glucosa?		X
10	¿Sabe Ud. La importante que es controlarse la glucosa?	X	

ANEXO 04

ANEXO 02

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, por medio de la presente acepto participar voluntariamente el trabajo de investigación titulado: **“Estado emocional del usuario adulto mayor con diagnóstico de diabetes y su relación con su vida cotidiana del hospital II – Essalud – Huaraz, 2017”**

Que tiene como objetivo: Determinar “Estado emocional del usuario adulto mayor con diagnóstico de diabetes y su relación con su vida cotidiana.

Se me explico que mi participación consistirá en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

Declaro que se me ha explicado minuciosamente respecto al tema en investigación.

También he sido informado que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que crea conveniente. Los investigadores se comprometen en que todo momento mantener el principio de confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de los alumnos (as) entrevistados.



Huella digital

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Lidia Durán Acuña', written over a horizontal line.

Firma del usuario (a)

Investigador:

Bach. Alicia Violeta Durán Acuña

Tablas

Estado emocional de pacientes con diabetes.

ITEMS	AVECES	SIEMPRE	NUNCA	%		
Se pone triste ahora que sabe su enfermedad	3	7	2	5%	11%	3%
Ud. Se siente culpable de haber adquirido la enfermedad	2	5	1	3%	8%	2%
Siente que ya no tiene futuro con la Diabetes	5	30	4	8%	46%	6%
Siente que ahora se irrita más que antes	2	2	3	3%	3%	5%
Siente temor de morir a causa de la Diabetes	4	5	1	6%	8%	2%

Actividad de la vida cotidiana.

ITEMS	SI	NO		
Trabaja igual que antes	7	6	11%	9%
Duerme igual que antes de su enfermedad	8	6	12%	9%
Practica alguna terapia de relajación en el día	2	5	3%	8%
Tiene el mismo apetito que antes	9	4	14%	6%
Realiza ejercicios en la semana	3	6	5%	9%
Realiza caminatas durante la semana	4	5	6%	8%

Nivel de Conocimiento sobre la diabetes

ÍTEMS	SI	NO	SI	NO
La Diabetes es una enfermedad que no tiene cura	6	2	9%	3%
La Diabetes se controla	6	4	9%	6%
Sabe que alimentos debe consumir	3	5	5%	8%
Toma su tratamiento tal como lo ha indicado el médico	6	4	9%	6%
Sabe que la Diabetes afecta a otros órganos	1	5	2%	8%
Que es la Hiperglucemia	1	6	2%	9%
El alcohol y el cigarrillo puede complicar la diabetes	4	4	6%	6%
Debe controlarse la glucosa	3	5	5%	8%