

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**



## **ESCUELA DE POSGRADO**



### **UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

#### **PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS**

#### **TESIS:**

#### **CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA 2021**

Para optar el Grado Académico de

#### **DOCTOR EN CIENCIAS**

#### **MENCIÓN: SALUD**

Presentada por:

**ZORAIDA BUSTAMANTE VÁSQUEZ**

Asesora:

**Dra. CARMEN YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ**

Cajamarca, Perú

2023



## **Universidad Nacional de Cajamarca**

“NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA”  
Fundada por Ley 140515 del 13 de febrero de 1962

### **Escuela de Posgrado**

La Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de La Salud, de la Universidad Nacional de Cajamarca, expide la presente:

### **CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD:**

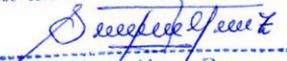
Que, la Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, **ZORAIDA BUSTAMANTE VÁSQUEZ**, ha sustentado y aprobado su tesis para obtener el Grado de Doctor en Ciencias, Mención Salud, titulada: **“CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS, CHOTA, 2021”**.

Ha cumplido con los requisitos de originalidad establecidos por la Escuela de Posgrado, para lo cual ha presentado el Reporte de Aplicativo TURNITIN con el 17% de similitud, reporte presentado por su asesora Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez.

Se otorga la presente constancia, a solicitud del interesado para los fines pertinentes.

Cajamarca, 25 de enero de 2024.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
UNIDAD DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

  
Dra. Elena Ugaz Burga  
DIRECTORA

COPYRIGHT © 2023 by  
**ZORAIDA BUSTAMANTE VÁSQUEZ**  
Todos los derechos reservados



**Universidad Nacional de Cajamarca**  
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO Nº 080-2018-SUNEDU/CD  
**Escuela de Posgrado**  
CAJAMARCA - PERU



**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS**

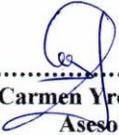
**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

**MENCIÓN: SALUD**

Siendo las 17 horas, del día 14 de julio del año dos mil veintitrés, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR, Dra. ROSA ESTHER CARRANZA PAZ, Dra. SILVIA ISABEL SÁNCHEZ MERCADO** y en calidad de Asesora la **Dra. CARMEN YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y el Reglamento del Programa de Doctorado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se inició la SUSTENTACIÓN de la tesis titulada: **CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS, CHOTA, 2021**; presentada por la Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, **ZORAIDA BUSTAMANTE VÁSQUEZ**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó APROBAR con la calificación de Dieciseis (16) la mencionada Tesis; en tal virtud, la Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, **ZORAIDA BUSTAMANTE VÁSQUEZ**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **DOCTOR EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Mención **SALUD**.

Siendo las 6:30 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

  
.....  
**Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez**  
Asesora

  
.....  
**Dra. Martha Vicenta Abanto Villar**  
Presidente - Jurado Evaluador

  
.....  
**Dra. Rosa Esther Carranza Paz**  
Jurado Evaluador

  
.....  
**Dra. Silvia Isabel Sánchez Mercado**  
Jurado Evaluador

**A:**

A Dios, por crearme y otorgar su favor en cada acción que realizo, por cuidarme constantemente y brindarme buena salud, y por darme vida en primer lugar.

A mi hija Sheyla por todo su apoyo incondicional y a mis padres que han sido mi apoyo y han sabido inculcarme creencias, principios tanto cariño y amor, esto me ha impulsado y animado a persistir aún durante los difíciles y arduos momentos, para hacer

este estudio:

Zoraida

## Agradecimientos

A los instructores de postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, cuya guía, instrucción y experiencia hicieron posible este esfuerzo.

A la Dra. Yrene Yupanqui Vásquez, mi asesora, por conducirme y ser paciente, tolerante y guía a lo largo de esta experiencia.

Sobre todo, a los participantes urbanos y rurales por su contribución voluntaria en la investigación, y aprendizajes obtenidos.

*“Saber envejecer es uno de los capítulos más difíciles del gran arte de vivir”*

*Henry Frederick Amiel.*

## ÍNDICE

EPÍGRAFE .....	vii
ÍNDICE .....	viii
RESUMEN .....	xii
ABSTRACT .....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 Planteamiento del problema .....	1
1.1.1 Contextualización .....	1
1.1.2 Descripción del problema .....	4
1.2 Formulación del problema .....	7
1.3.1 Justificación basada en datos de la comunidad científica .....	7
1.3.2 Justificación técnico-práctica .....	8
1.3.3 Justificaciones Institucionales y Personales .....	8
1.4 Delimitación de la investigación .....	9
1.5 Limitaciones .....	9
1.6 Objetivos .....	9
1.6.1 objetivo general .....	9
2. CAPÍTULO II .....	10
MARCO TEÓRICO .....	10
2.1 Antecedentes de la investigación o marco referencial .....	10
2.2. Marco epistemológico de la investigación .....	12
2.3 Marco doctrinal .....	12
a) La teoría de la adaptación de Calixta Roy: .....	12
b) Teoría del autocuidado desarrollada por Dorothea Orem .....	13
c) Hipótesis y Modelos Adaptaciones .....	13
d) Conductas del afrontamiento .....	14
2.3 MARCO CONCEPTUAL .....	15
A. Calidad de vida .....	15
B. Estrategias de afrontamiento .....	18
C. Diabetes mellitus .....	23
a) Clasificación .....	25
b) diagnóstico .....	25
c) Factores de riesgo potencial .....	26
d) Imagen en contexto clínico .....	26
e) Los síntomas e indicadores más comunes .....	27
f) Desafíos enfrentados .....	27
2.4. Definición de términos básicos .....	29
a) Calidad de vida .....	29

b) Afrontamiento:.....	29
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>30</b>
<b>PLANTEAMIENTO DE LA (S) HIPÓTESIS Y VARIABLES.....</b>	<b>30</b>
3.1 Hipótesis.....	30
3.2 Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis .....	31
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>34</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>34</b>
4.1 Ubicación geográfica .....	34
4.2. Diseño y tipo de investigación .....	35
4.3. Métodos de investigación.....	36
4.4. Población, muestra y unidad de análisis .....	36
4.4.1. Población y muestra.....	36
4.4.2. Criterios de inclusión.....	36
4.4.3 unidad de análisis .....	37
4.5. Técnica e instrumento de recolección de información.....	37
4.6 Procedimiento para la recolección de la información.....	40
4.7 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información .....	40
4.8. Análisis de los Datos .....	40
4.9. Rigor ético.....	41
4.10. Rigor científico .....	41
<b>INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>43</b>
5.1 Presentación de resultados .....	43
<b>4. CAPÍTULO VI.....</b>	<b>49</b>
<b>6.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>49</b>
<b>CAPITULO VII .....</b>	<b>60</b>
<b>7.1 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS.....</b>	<b>60</b>
7.1.1 FORMULACIÓN DE LA PROPUESTA .....	60
7.1.7 COSTOS INVOLUCRADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN REAL DE LA PROPUESTA.....	65
7.1.8 LAS VENTAJAS QUE SE PUEDEN OBTENER A TRAVÉS DE LA PARTICIPACIÓN EN LA PROPUESTA .....	66
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>67</b>
<b>RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....</b>	<b>68</b>
<b>A quienes trabajan en la industria del cuidado de la salud y a los directores:.....</b>	<b>68</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....</b>	<b>72</b>
<b>APÉNDICE 01 .....</b>	<b>78</b>

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2021.	43
Tabla 2: Calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus que acuden a Consultorios externos. Hospital José Soto Cadenillas Chota 2021.	44
Tabla 3: Estrategias de Afrontamiento de los adultos mayores con diabetes mellitus que acuden a Consultorios externos. Hospital José Soto Cadenillas Chota 2021.	45
Tabla 4: Calidad de vida y Características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus que acuden a consultorios externos. Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota 2021.	46
Tabla 5: Estrategias de Afrontamiento y características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus que acuden a consultorios externos. Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2021.	47
Tabla 6: Relación entre calidad de vida y Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus que acuden a consultorios externos. Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2021	48

## LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS

AVP	: Años perdidos por discapacidad.
CEE	: Comunidad Económica Europea.
CIAS	: Comisión Intergubernamental de Asuntos Sociales.
DM	: Diabetes Mellitus tipo II
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EUROPAN	: Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional
EESS	: Establecimiento de Salud.
FAO	: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIAPAM	: Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores
INEI	: Instituto nacional de Estadística e Informática
MINSA	: Ministerio de Salud.
MIMPE	: Ministerio De la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
MIDIS	: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
OCDE	: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.
OPS	: Organización Panamericana de la Salud.
PNAIA	: Plan Nacional de Acción por el adulto mayor
SIS	: Seguro Integral de Salud.
SISFOH	: Sistema de Focalización de Hogares.
UNFPA	: Fondo de Población de las Naciones Unidas del Perú.
USAID	: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue investigar si existe una relación entre la calidad de vida de las personas y las estrategias de afrontamiento que utilizan para manejar la diabetes tipo 2 en sus últimos años. Se llevó a cabo un estudio de correlación cuantitativa con un diseño transversal y sin experimentación. La muestra incluyó a 100 pacientes mayores que recibieron atención en citas ambulatorias en un hospital. Para recopilar los datos se utilizó la entrevista como técnica de recolección de información. La confiabilidad de los instrumentos utilizados fue de 0,902 para la escala de Calidad de Vida WHOQOL BREF y 0,879 para la escala de Estrategias de Afrontamiento Modificada (EEC-M). Los resultados mostraron que 62% de los adultos mayores con diabetes en el Hospital José Soto Cadenillas tenía una calidad de vida considerada regular, 28% tenía una calidad de vida considerada mala y el 10% tenía una calidad de vida excelente. En cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas, se encontró que las creencias religiosas fue la más empleada (47%), seguida por la reacción agresiva (25%) y la resolución de problemas (22%). En conclusión, se encontró una conexión entre los mecanismos de afrontamiento utilizados por las personas y la calidad de vida que experimentan al manejar la diabetes tipo 2 en sus últimos años.

Palabras clave: Calidad de vida; estrategias de afrontamiento; adulto mayor.

## **ABSTRACT**

The purpose of this research was to investigate whether there is a correlation between a person's quality of life and the coping mechanisms they use while dealing with type 2 diabetes in their later years. Study design based on quantitative correlation, cross-sectional analysis, and lack of experimentation. One hundred senior patients who were seen in outpatient appointments at the hospital took part in the study. The questionnaire was selected as the technique for collecting the data, and the reliability of the instruments was found to be 0.902 for the WHOQOL BREF - Quality of Life scale and 0.879 for the Coping Strategies Scale - Modified (EEC-M). 62% of the senior diabetes patients at the José Soto Cadenillas de Chota Hospital have a quality of life that is considered average, 28% have a quality of life that is considered bad, and 10% have a quality of life that is considered excellent. In this particular research group, the coping strategies that were used the most often were those pertaining to Religious Belief (47%), Aggressive Reaction (25%), Problem Solving (22%), and Other Factors or Dimensions (6%). It has been shown that there is a connection between one's coping mechanisms and the quality of life that one leads.

**Keywords:** Life quality; coping strategies; older adult are key terms for this article.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1 Planteamiento del problema

#### 1.1.1 Contextualización

Según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el 2020 habrá una población total de 310 millones de personas en las Américas mayores de 60 años. Este pronóstico tiene como base la observación de la población de América Latina y el Caribe están alcanzando edades avanzadas a un ritmo nunca visto. Se estima para el año 2050, se estima que este número se reduzca a 210 millones. A la población europea demora 65 años y a norte América 75 años se podrá lograr en tan solo 35 años, culminando en el 11% de la población total de las Américas. La mayoría de las personas en América Latina y el Caribe tienen sesenta años o más.

El envejecimiento es parte del ciclo de vida natural propio que implica el declive en todos los aspectos de los seres humanos y esto se acompaña de la pérdida continua y progresiva de las capacidades adaptativas, con el incremento del carácter vulnerable del ser humano, el estrés del ambiente, las diferentes tipos de noxas, van mellando el estilo y calidad de vida, y la misma expresión de las condiciones de vida, pero particularmente en la vejez, que es uno de los momentos en los que el individuo se encuentra en una de sus mayores vulnerabilidades. El aumento general de la esperanza de vida indica la mejora de la calidad de vida, los diversos servicios médicos y de atención están contribuyendo a acelerar el proceso de envejecimiento. Por otro lado, está la cuestión de si este tipo de envejecimiento es o no saludable y produce resultados de alta calidad es un tema aparte (3).

Por ello, la Federación de Asociaciones Iberoamericanas de Personas Mayores (FIAPAM) destaca la importancia de la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de las Personas Mayores por parte de los países de la región y la posterior traducción al leyes y políticas favorables a esta población. Se están produciendo cambios significativos en la parte estructural por edad y sexo, particularmente en la en grupo atareo de la adultez, que representará el 10,4% en 2018; el 42% de los hogares del país cuenta con al menos un adulto mayor entre sus miembros; el 42,5% en la parte campesina con un adulto mayor en su hogar y el 41,0% en el área urbana; el 40,6% tiene sólo estudios primarios, por otro lado, el 14,3% no tiene estudios o es analfabeto (3).

La gente vive más tiempo en Perú, como en otras regiones del planeta. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas de Perú (UNFPA), los peruanos mayores de 60 años a más aumentará de 3 millones en el 2015 a 8,7 millones en el 2050. En la actualidad, el 10,4% de la población peruana, es decir, 3 345 552 personas, tiene 65 años y más (Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (4)). El INEI reportó en el año 2017 que en Cajamarca había 33,885 peruanos mayores de 60 años siendo el 8,7% de la población peruana (5).

Se ha demostrado que las enfermedades llamadas crónicas no trasmisibles, como la diabetes mellitus se relacionan con factores de riesgo como la dieta insuficiente, uso de tabaco, el consumo de bebidas alcohólicas, la inactividad física, la obesidad y un perfil lipídico alterado.

Las alteraciones normales relacionadas con el envejecimiento pueden repercutir en la calidad de vida de los ancianos. Entre las más comunes se encuentran la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, esta última puede causar alteraciones sistémicas severas, discapacidad con la consecuente dependencia económica y emocional de la familia, y

alteraciones en la vida diaria que van desde la alimentación hasta el consumo permanente de medicamentos (6).

La diabetes mellitus en personas mayores supone un reto para el sistema sanitario, ya que se asocia a un incremento de uso del servicio de salud debido a la sintomatología manifiesta y complicaciones de corto y largo plazo con un gran impacto en la población que lo padece. Una vez que se ha diagnosticado una enfermedad a un paciente, su compromiso y sentido de la responsabilidad afectarán directamente a su tratamiento. Es responsabilidad del profesional de enfermería buscar explicaciones alternativas cuando los pacientes no se adhieren a la terapia indicada (como las estrategias para afrontar la enfermedad y apoyo a la sociedad) basándose en los resultados de investigaciones anteriores (7).

El propósito de esta investigación es adquirir una comprensión real de los pacientes que sufren diabetes mellitus con el fin de entender cómo enfrentan su día a día con la enfermedad y cómo perciben su propia vida. Al analizar esta información, se busca determinar la calidad de vida que experimentan y utilizar estos hallazgos para enriquecer la investigación.

El papel fundamental del profesional de enfermería es brindar una atención integral tanto al paciente con diabetes mellitus como a su familia. Esto implica orientar y fortalecer la autoestima del paciente mediante el uso de mecanismos de adaptación. Antes de esto, se deben identificar los sentimientos, dudas y miedos que afectan directamente la percepción que el paciente tiene de sí mismo y, por ende, su calidad de vida (8).

Durante la experiencia laboral de la investigadora como enfermera asistencial se ha observado el diagnóstico de diabetes mellitus, la terapia y los ajustes en el cambio de vida

los pacientes mayores pueden gran impacto ya sea en la calidad de vida como en las interrelaciones, es común que estos cambios afecten la forma en que el paciente interactúa con los demás.

Además, se ha notado que la familia del paciente a menudo enfrenta dificultades para adaptarse a los cuidados que el paciente requiere, como una dieta adecuada, el cuidado de los pies, el control de la glucosa, entre otros aspectos relacionados con su salud. En consecuencia, los ancianos deben esforzarse por adaptarse a su nueva forma de vida, cuidar su salud y prevenir complicaciones que hagan aún más precaria su situación.

La verdad sobre este problema no está clara ya que no se han realizado estudios en la ciudad de Chota sobre el tema de la calidad de vida y mecanismos de afrontamiento de las personas mayores que padecen diabetes mellitus. Como consecuencia ha resurgido el interés por conocer la verdad sobre este problema y plantear soluciones que conduzcan la adquisición de nuevas formas de vida saludables, lo que conducirá a mejorar el nivel de vida de las personas mayores.

### **1.1.2 Descripción del problema**

Según los hallazgos de los estudios sobre la calidad de vida, las circunstancias vitales en las que los individuos sanos o enfermos desarrollan sus actividades cotidianas son uno de los elementos que impactan en la salud y la enfermedad de las personas. De esta forma, podrá actuar en caso de que se detecten amenazas y posibles sucesos que puedan poner en peligro su salud e integridad (2).

El término "calidad de vida" se refiere a una noción global que tiene en cuenta una amplia gama de factores, como la posición socioeconómica de una persona, el estilo de vida que elige, su estado de salud actual y las actividades en las que participa en toda su vida. vidas.

La llamada "calidad de vida" de un individuo es susceptible de ser influenciada por alguno o todos estos elementos. La felicidad que uno deriva de su vida y su lugar en el mundo más amplio son dos ejemplos de esto. En consecuencia, se concibe según un sistema de valores, normas o perspectivas que variará de una persona a otra, de un grupo a otro y de un lugar a otro; En consecuencia, la calidad de vida es la sensación de bienestar que los individuos son capaces de experimentar y que representa la suma de las sensaciones personales objetivas y subjetivas (2).

La economía mundial se encuentra en un estado de inestabilidad y como resultado de la actual crisis financiera, muchos gobiernos se ven obligados a realizar ajustes y reducciones en el área del gasto social, esta situación es afecta a muchas familias que han vivido la precariedad de la economía familiar, y si un miembro de la familia padece una enfermedad crónica como la diabetes la situación del paciente y la familia en su conjunto empeora. Es posible afirmar que la calidad de vida de los adultos mayores es insuficiente como consecuencia de las condiciones de vida habitualmente precarias a las que están sometidos; esta circunstancia se replica en un gran número de familias que han estado expuestas a la inestabilidad de la economía familiar.

Esta tendencia ha sido más prominente en los países en desarrollo, lo que influye en la morbilidad, así como en los gastos del sistema de salud pública y la productividad (3). En las últimas tres décadas, ha habido un cambio hacia una mayor frecuencia de enfermedades crónicas, siendo esta tendencia más evidente en los países en desarrollo. La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas que afecta a más personas en todo el mundo.

Por otro lado, la diabetes es cada vez más frecuente entre los jóvenes y las elecciones de estilos de vida poco saludables son la principal causa de la hiperglucemia y la falla sistémica de órganos como ojos, corazón y los riñones. Los ancianos tienen más probabilidades de sufrir problemas sistémicos importantes como resultado de esta afección, que incluso puede resultar en una reducción de su capacidad funcional y calidad de vida. La diabetes es la sexta causa de mortalidad en nuestro país y afecta a 1,4 millones de peruanos mayores de 15 años; sin embargo, sólo la mitad de los afectados son conscientes de que padecen la enfermedad. Esta enfermedad crónica no transmisible tiene una prevalencia del 2,9%, y las personas con malas conductas alimentarias tienen más probabilidades de verse afectadas que la población general. En cambio, las mujeres en edad reproductiva constituyen el cuarenta por ciento de las que han sido diagnosticadas con diabetes; en consecuencia, sus embarazos se consideran en peligro (7).

Los problemas de la diabetes pueden prevenirse manteniendo un control metabólico adecuado, lo que incluye mantener niveles normales de glucosa en la sangre y adoptar otros comportamientos que sean beneficiosos para la salud. Es vital tener en cuenta tanto el manejo glucémico como el test de hemoglobina glicosilada para evaluar la progresión de la glucemia. Ambas pruebas se pueden encontrar aquí. La adopción de estilos de vida saludables parte de que la persona con la condición tenga la creencia de que necesita ser consciente de su propio cuidado. De no ser así, el individuo experimentará problemas que influirán negativamente en su propia salud y calidad de vida (7).

Además, el proceso de envejecimiento exige una profunda y dilatada reacción de las autoridades encargadas de la salud pública en todo el mundo (8) para hacer frente a los requerimientos de este nuevo obstáculo. Es de suma importancia construir los mecanismos legales y organizativos que permitan a las personas en este grupo de edad

vivir los años restantes de su vida con respeto y dignidad. Los cambios fisiológicos que vienen con el avance de la edad ponen a las personas en sus últimos años en mayor riesgo de desarrollar diversas enfermedades.

Como resultado directo de esto, las personas mayores tienen el deber moral de elegir y mantener una forma de vida saludable y elegir las acciones adecuadas para salvaguardar su salud. El objetivo de promocionar la salud debe ser incentivar a estas personas a cuidar su salud por medio de la introducción de planes holísticos de gestión de la salud y la adopción de comportamientos que disminuyan la probabilidad de adquirir comorbilidades crónicas y que no se transmiten.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que acuden a consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 2021?

## **1.3 justificación**

### **1.3.1 Justificación basada en datos de la comunidad científica**

Por un lado, los adultos mayores presentan rasgos como la heterogeneidad, alta carga de enfermedad, violencia, entre otros, que tienen implicaciones en el hogar y el ámbito social. Esta situación se ha relacionado con un mayor riesgo de mortalidad en este grupo. Las condiciones físicas, mentales y sociales de las personas mayores, así como de sus familias y comunidad tienen un papel en la determinación de su estado general de salud. Por otro lado, la salud de las personas mayores está influenciada por una amplia gama de circunstancias diferentes.

Se ha realizado una investigación cuantitativa sobre la diabetes mellitus en la provincia de Chota, la incorporación de las estrategias de afrontamiento como variable de estudio otorga una mirada novedosa sobre esta condición de salud en la población investigada.

### **1.3.2 Justificación técnico-práctica**

La investigación se justifica debido a la complejidad del problema, que no solo es físico sino también emocional y que disminuye rápidamente su calidad de vida. Los beneficiarios de la investigación son los adultos mayores con diabetes mellitus, los hallazgos pueden proporcionar instrumentos para la intervención en salud y a largo plazo resultar en la participación de la familia en el cuidado de estos individuos con diabetes mellitus.

### **1.3.3 Justificaciones Institucionales y Personales**

Los resultados contribuirán a un mejor conocimiento de la realidad de la calidad de vida de los adultos mayores de Chota, permitiendo adecuar estrategias de intervención para incrementar la participación familiar en la implementación de medidas preventivas contra la diabetes mellitus, mejorando así la calidad de vida de los adultos mayores a nivel local y regional a mediano y largo plazo.

La contribución del estudio es metodológica al proponer y validar un instrumento de recolección de datos útil para futuros estudios en la región con grupos comparables, tomando en consideración las peculiaridades de la población predominantemente rural. La contribución teórica del estudio reside en que los resultados serán beneficiosos en el futuro para el desarrollo de nuevos modelos y teorías de enfermería relativos al cuidado de pacientes con enfermedades no transmisibles.

## **1.4 Delimitación de la investigación**

La presente investigación se circunscribe a la provincia de Chota y a la ciudad del mismo nombre, donde se encuentra ubicado el hospital de II nivel José Soto Cadenillas.

## **1.5 Limitaciones**

Ha sido difícil comunicarse con las personas que participan en la investigación debido a la pandemia de COVID 19.

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 objetivo general**

Determinar la relación entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que acuden a consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2021.

### **1.6.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar socio demográficamente a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que acuden a consultorios externos.
- Describir la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que acuden a consultorios externos.
- Identificar las estrategias de afrontamiento de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que acuden a consultorios externos.
- Analizar la calidad de vida según características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.
- Evaluar las estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la investigación o marco referencial

Figueredo et al. (2020) en la investigación: Dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes diabéticos, Ecuador. Tuvo el objetivo describir las dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio fue descriptivo, transversal compuesta con una muestra de 138 participantes. Tuvieron los resultados: predominó el sexo femenino en edades de 60 a 79 años (79,20 %), casados (62,37%) y nivel de instrucción básica (60,39 %). La hipertensión arterial, la artritis y los problemas de visión conformaron las características clínicas con mayor incidencia. Entre las dimensiones de calidad de vida frecuentemente afectadas se reportaron los cambios en su apariencia y las limitaciones para desarrollar actividades físicas (9).

Palacios et. al. (2019) en el estudio: La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2, Colombia; tuvo como objetivo: describir y comparar por sexo la calidad de vida percibida por los adultos con enfermedad diabética tipo 2, pertenecientes a instituciones de salud del primer nivel de atención. Estudio cuantitativo descriptivo, transversal, con una muestra de 287 pacientes. Resultados: 62,3% tenía una calidad de vida media, respecto a la percepción subjetiva del estado de salud 46,7% consideró tener un estado de salud bueno. En la relación a cada una de las sub escalas, la más afectada es la del impacto en el tratamiento con 41,1% y la menos afectada es la preocupación por los efectos futuros de la enfermedad con 9,9%. Conclusión: los 287 pacientes diabéticos tipo 2 perciben que la calidad de vida no se afecta en gran medida por la presencia de la enfermedad (10).

Manchay H. (2018) en la pesquisa titulada: Calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2, Lima Perú; tuvo como objetivo: determinar la calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al consultorio externo de endocrinología del Hospital Nacional Sergio Bernales, Comas – 2018. En cuanto a la calidad de vida general 97,8% obtuvieron un nivel de calidad de vida media; 1,4% un nivel de calidad de vida baja y 0,7% un nivel de calidad de vida alta. En cuanto a las dimensiones, salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente, predominó la calidad de vida media con resultados de 95,7%, 91,3%, 50% y 73,9% respectivamente; la dimensión que obtuvo un mayor porcentaje de calidad de vida baja fue las relaciones sociales con 47,1% (11).

Mazagón (2017) en la tesis: Calidad de vida en los adultos mayores del Cantón Ventanas (Provincia de Los Ríos, Ecuador). El enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Participaron 297 adultos mayores, el objetivo fue medir la calidad de vida en salud de forma global y las dimensiones función física, desempeño físico, dolor físico, salud general, vitalidad, función social, desempeño emocional y salud mental. Conclusiones: los adultos mayores que recibieron el beneficio mantienen la calidad de vida casi igual en relación a los no intervenidos en las áreas físico psíquico y social. Esto evidencia que las intervenciones ejecutadas no han tenido un efecto significativo, por diversos factores a determinar en otro estudio a desarrollarse que será cualitativo y cuantitativo (12).

Samaniego y colaboradores (2020) analizan las variables que conducen al deterioro de la calidad de vida que experimentan los pacientes con diabetes en Ecuador.

Los pacientes con diabetes en el Ecuador tienen una peor calidad de vida que la población general. Esta investigación se realizó con la intención de dilucidar los numerosos aspectos que componen la calidad de vida de un paciente con diabetes mellitus tipo 2 y mayor de

65 años. El estudio contó con 138 participantes, y fue descriptivo y transversal en naturaleza. El tamaño de la muestra estuvo determinado por el número de participantes (13).

## **2.2. Marco epistemológico de la investigación**

El positivismo es una especie de epistemología híbrida que incorpora la lógica deductiva y la lógica inductiva, así como el racionalismo y el empirismo. Otros nombres para el positivismo en el ámbito de la epistemología incluyen hipotético-deductivo, cuantitativo, empírico-analítico y racionalista. Esta investigación es cuantitativa en su enfoque. La epistemología híbrida conocida como positivismo reúne el racionalismo y el empirismo, así como la lógica deductiva y el razonamiento inductivo. El concepto de "positivismo" se define como un enfoque, teoría o sistema filosófico que sostiene que, tanto en la vida social como en las ciencias naturales, las experiencias y su análisis lógico y matemático son la única fuente de información válida y valiosa. Dicho de otro modo, según el positivismo clásico, para que algo se llame científico, tenía que cumplir con los paradigmas que se utilizan en las ciencias naturales. La previsión, el monismo metodológico, el enfoque fisicomatemático y las explicaciones de las relaciones causales fueron los rasgos distintivos de estos paradigmas (14).

## **2.3 Marco doctrinal**

### **a) La teoría de la adaptación de Calixta Roy:**

El estudio se sustenta en la Teoría de Sor Callista Roy y el Modelo de Adaptación y Aceptación a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles como la Diabetes Mellitus. Evalúa la capacidad del paciente para el cuidado personal. La define como la práctica de una actividad independiente que los individuos realizan para mantener la vida, la salud y el bienestar. Como etapa final, se produce la reacción, a la que sigue la adaptación. La eficacia de esta reacción es incierta (15).

Las respuestas adaptativas eficaces son las que promueven la integridad y ayudan al individuo a alcanzar el objetivo de la adaptación, es decir, la supervivencia, el desarrollo, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que el individuo y el entorno soportan en términos de comportamiento y modo de vida. Las respuestas ineficaces son aquellas que no logran o ponen en peligro los objetivos de adaptación de una enfermedad. El único propósito de la enfermería es ayudar a los individuos en sus esfuerzos por adaptarse a su entorno y controlarlo. La consecuencia de ello es la consecución de un nivel óptimo de salud para el diabético (15).

### **b) Teoría del autocuidado desarrollada por Dorothea Orem**

En este estudio, Dorothea Orem explora al ser humano como una criatura biológica y psicológica que es susceptible a su entorno. El enfoque de este examen está en la mente humana. Es capaz de desarrollar, transmitir y llevar a cabo actos que son útiles no solo para sí mismo sino también para los demás. El autocuidado consiste en todas y cada una de las actividades que se realizan en beneficio propio (16), y es a través de esas acciones que se puede alcanzar el estado de salud definido por la estructura estructural y funcional. El autocuidado es una necesidad humana que comprende todas las actividades que los seres humanos realizan de acuerdo con sus valores, creencias, etc., con el fin de mantener su vida, salud y bienestar general. El autocuidado es un componente esencial de la existencia humana. Estas son actividades que se hacen con intención y necesitan entrenamiento. Cuando una persona no puede realizar estos actos por sí sola debido a una restricción o deficiencia (16), se dice que depende de otras personas para su cuidado personal.

### **c) Hipótesis y Modelos Adaptaciones**

El subcampo de la psicología que se conoce como "afrentamiento" se refiere a los muchos métodos de ajuste que emplea una persona para hacer frente a circunstancias desafiantes,

como tener diabetes. La teoría cognitiva social y el argumento sobre el papel de los elementos internos, situacionales e interactivos en la definición y explicación del comportamiento humano llevaron al desarrollo de la idea de afrontamiento. Específicamente, el concepto de afrontamiento se estableció como consecuencia del debate. En otras palabras, cada sujeto tiene una propensión a utilizar o implementar una técnica de afrontamiento que se basa en el aprendizaje previo, el dominio personal, el descubrimiento accidental o fortuito y el nivel de urgencia del problema (17).

#### **d) Conductas del afrontamiento**

Hay dos tipos distintos de orientaciones o direcciones de afrontamiento, que se denominan "centradas en la solución" y "centradas en el problema" (18).

Manejar el estrés concentrándose en un tema determinado Tiene lugar cuando una persona intenta ajustar su conexión con una amenaza cambiando la distancia entre ellos y la amenaza o disminuyendo el efecto de la amenaza. Este proceso se puede dividir en las siguientes cinco categorías: Un ejemplo de afrontamiento activo es aumentar sus intentos de evitar o separarse de la fuente de estrés o disminuir el impacto negativo que tiene sobre usted. La planificación implica organizar y planificar estrategias de acción, premeditar qué elegir y evaluar qué enfoque será el método más exitoso para resolver el problema. Esto implica pensar cómo reaccionar ante el estrés organizando y elaborando estrategias de acción. La supresión de actividades competitivas, también conocida como ignorar, subestimar o "pasar por alto" deliberadamente posibles comportamientos para manejar el factor estresante de manera más efectiva (18).

La prolongación del trato es la capacidad de esperar o extender el trato con el estrés hasta que se revela el momento apropiado para actuar sobre la situación, evitando así una acción precipitada (18). Se describe como la capacidad de retrasar o prolongar el afrontamiento del estrés.

El proceso de afrontamiento implica la aceptación en dos niveles diferentes. El primer paso, que tiene lugar durante la primera parte de la evaluación, es reconocer que la circunstancia estresante, de hecho, existe. El segundo paso, que tiene lugar durante la segunda fase de la evaluación, es reconocer que la realidad es un hecho con el que uno debe vivir, ya que no cambiará a lo largo de la vida. La negación es la cuarta noción y se describe como rechazar la presencia de un factor estresante o comportarse y creer como si el factor estresante no existiera (18). En otras palabras, la negación es cuando alguien actúa y cree como si el factor estresante no existiera.

Por último, pero no menos importante, existe una propensión a depender de la religión en circunstancias estresantes en un esfuerzo por aliviar la tensión (17). Esto se conoce como "recurrir a la religión".

Otros métodos de superación de la adversidad, además, y como consecuencia directa, se advirtieron diversas acciones y conceptos compensatorios. Por un lado, se observó la concentración y liberación de emociones negativas, que se dan cuando el individuo las expresa libremente. El fenómeno psicológico conocido como desapego mental se produce cuando una persona permite que otras actividades o fuentes de estrés le impidan alcanzar su objetivo (19).

## **2.3 MARCO CONCEPTUAL**

### **A. Calidad de vida**

La palabra "calidad de vida" (CV) se refiere a un concepto integral que toma en consideración no solo el estado de salud física y mental actual de una persona, sino también su estilo de vida, su situación de vida, su grado de placer en sus lugares de estudio, y su lugar de empleo, así como su estado financiero actual. También tiene en cuenta el nivel de felicidad de una persona. La calidad de vida (CV) es una de las medidas que se pueden utilizar para evaluar la salud general de una comunidad.

El concepto se desarrolló por primera vez en los Estados Unidos en las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial. En ese momento, primero se asoció con la recopilación de datos objetivos, que en ese momento no podían explicar suficientemente las diferencias individuales en la calidad de vida (CV). Después de eso, varios psicólogos aclararon que las diferencias no solo se debían a causas objetivas, sino también a las interpretaciones subjetivas que los individuos se formaban de sí mismos. Estos psicólogos llegaron a la conclusión de que algunos indicadores, como la felicidad y la satisfacción con la vida, tenían una mayor influencia en la vida de una persona que las variables objetivas por sí solas. La idea de calidad de vida relacionada con la salud, más a menudo abreviada como CVRS (20).

El enfoque de CVRS pone una cantidad significativa de peso en la percepción del individuo de su propio estado de salud y capacidad. Esto se hace sin descuidar la probabilidad de que la autoevaluación y los criterios establecidos por los expertos en salud sobre lo que hace que una vida tenga sentido puedan variar, así como la posibilidad de que las dos formas diferentes de evaluación puedan ser interdependientes entre sí. En cambio, esto se logra teniendo en cuenta ambas alternativas al mismo tiempo. Como consecuencia de esto, la idea se ha incluido en el vocabulario médico para que pueda ser utilizada como una herramienta para cuantificar los cambios en la salud que experimentan las personas cuando se ven aquejadas por una enfermedad o cuando reciben ciertos tratamientos.

Existen varias definiciones de CVRS, algunas de las cuales dan una visión integrada al definirla como el grado de bienestar que resulta de la valoración del individuo sobre las múltiples facetas de su propia vida y la influencia sobre su estado de salud. Otras explicaciones de la CVRS son más simplistas y no presentan una perspectiva integrada.

Otras se refieren a la CVRS como el grado de bienestar que resulta del sentido de la CVRS de un individuo. Este es el uso más común. Otras teorías sobre la CVRS no son tan completas y no proporcionan un punto de vista integrado.

La inclusión de la evaluación de la CVRS a nivel individual mejora la evaluación integral de la salud de una persona, analiza la eficacia de una determinada emergencia y orienta la creación de terapias novedosas o ajusta la prioridad de la atención en salud (20). La expresión "calidad de vida relacionada con la salud" (CVRS) se puede dividir en las siguientes cuatro categorías distintas:

**Componente físico**, que puede entenderse como la ausencia de enfermedad o los síntomas que ésta produce y las repercusiones perjudiciales posteriores al tratamiento, o sea, la experiencia de estar y sentirse bien para mantener la calidad de vida (20).

**Componente psicológico** y emocional de una persona tal como lo ve el individuo es el núcleo del componente psicológico. Este criterio toma en cuenta las creencias personales, espirituales y religiosas del individuo, así como sus perspectivas sobre el sentido de la vida y el carácter del sufrimiento (11).

**Dimensión social**, es la percepción de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, las relaciones laborales y profesionales, o la relación entre un profesional de la salud y un paciente. En cuanto a las variables asociadas a la calidad de vida, se observará que los estilos de vida y/o los mecanismos de afrontamiento impactan en la calidad de vida percibida.

**Dimensión ambiental**, en esta dimensión se evalúa el entorno del individuo, tomando como referencia el lugar o lugares donde se desarrolla. Esta dimensión está asociada a los indicadores libertad de decisión, medio físico, recursos económicos disponibles, derecho a la información, momentos de ocio, características domésticas, atención social recibida y transporte (20).

Con respecto a los factores individuales, como las características predisponentes, motivaciones, actitudes y el conocimiento experiencial, la forma en que las personas perciben y valoran sus necesidades está influenciada por sus estilos de afrontamiento, respuestas afectivas y resultados de salud a largo plazo (19). La calidad de vida de las personas mayores debe ser una vida de bienestar tanto subjetivo como psicológico, en su desarrollo personal y en las diversas representaciones de lo que constituye una vida digna, y las personas mayores deben ser cuestionadas sobre cómo le dan sentido a su propia vida en relación con sus propios objetivos de vida (20).

## **B. Estrategias de afrontamiento**

"Afrontamiento" es un término que describe los esfuerzos continuos, tanto cognitivos como conductuales, que realiza un individuo para hacer frente a demandas específicas, ya sean internas o externas, que son percibidas como severas o excesivas en relación con los recursos disponibles para el individuo (21).

El proceso de superar el estrés psicológico se denomina "afrontamiento", es posible que las reacciones emocionales de una persona, como los sentimientos de ira o tristeza, sean un componente del proceso de afrontamiento más amplio en el que se involucra cuando se enfrenta a un problema de salud. Por ejemplo, al lidiar con los sentimientos de depresión, un tipo de técnica de afrontamiento es permanecer en la cama todo el día, al igual que ir a la enfermera o al médico.

Un individuo es capaz de adoptar una amplia gama de técnicas automáticas de afrontamiento en respuesta a situaciones estresantes. En la mayoría de los casos, el tipo de factor estresante, así como las condiciones que rodean su incidencia o presencia, son factores importantes que juegan un papel importante para determinar qué opción es la más adecuada. Por ejemplo, las técnicas de resolución de problemas son más efectivas en circunstancias en las que se puede hacer algo constructivo, pero

las tácticas basadas en la emoción son más efectivas en instancias en las que el único esfuerzo que se puede hacer es aceptar el problema. Incluso si asumimos que esta dicotomía es correcta, estudios más recientes han demostrado que existe una variedad de formas de hacer frente a la adversidad, como el uso de escalas de medición de afrontamiento (21).

El tema crea mecanismos de afrontamiento como herramientas o recursos para hacer frente a ciertas presiones, ya sea que vengan del exterior o del interior. La Escala de estrategias de afrontamiento modificada (EEC-M) consta de doce métodos de afrontamiento diferentes. Estos recursos pueden ser beneficiosos, en el sentido de que permiten a la persona gestionar adecuadamente las demandas, o pueden ser perjudiciales, en el sentido de que perjudican el bienestar biopsicosocial del individuo. (21).

Las siguientes son algunas de las variables que fueron descubiertas por el análisis factorial:

**Factor 1** "Resolución de problemas". En todo caso, se refiere al proceso de utilizar procesos de pensamientos lógicos y analíticos para modificar la circunstancia y encontrar una solución al problema. Esta táctica también ha sido empleada como uno de los procedimientos de intervención en tratamientos cognitivo-conductuales, que utilizan el modelo creado por D'Zurilla y Golfried (17) como base básica para sus planteamientos de resolución de problemas.

**Factor 2**, también conocido como apoyo social, se refiere a la asistencia que brinda un grupo de amigos, familiares u otras personas, con el enfoque principal en el suministro de amor, obteniendo apoyo emocional y conocimiento para tolerar o manejar la situación problemática, o los sentimientos que se crean debido al estrés. La

integración en una estructura social es fundamental para el sentimiento de bienestar de un individuo y el grado en que experimenta satisfacción con su existencia. Además, tener un fuerte sistema de apoyo social actúa como un impedimento instantáneo para el estrés y los impactos corporales dañinos del estrés.

El apoyo social puede desempeñar un papel crucial en la prevención del estrés, ya que puede hacer que las experiencias potencialmente dañinas o amenazantes parezcan menos abrumadoras. Además, una vez que el estrés está presente, el apoyo social puede proporcionar recursos valiosos para enfrentar la situación estresante, como eliminar o reducir el factor estresante en sí mismo. Esto ayuda al individuo a lidiar con la situación estresante o puede mitigar los efectos del estrés si ya ha ocurrido.

La participación en redes sociales puede tener impactos positivos directos en diversos aspectos de la vida, como la autoestima, el sentido de control, las experiencias emocionales, el crecimiento personal, la utilización de servicios de salud y la salud física y mental en general (17).

**Factor 3.** Debido a que se basa en la creencia de que el problema se solucionará solo con el transcurso del tiempo, esta técnica se conoce como terapia cognitivo-conductual (o CBT, por sus siglas en inglés). Este aspecto se define por la opinión de que los problemas se resuelven constructivamente con el tiempo; alude a un enfoque de esperar y ver con una perspectiva positiva de resolución de problemas (17). Se caracteriza por la suposición de que los problemas se abordan constructivamente a lo largo del tiempo.

Se cree que el **cuarto factor**, al que se hace referencia como religión, incluye tácticas que aceptan el problema o desarrollan soluciones para él. La capacidad de una persona para evaluar la participación de Dios en prácticamente todas las circunstancias estresantes es posible gracias a su creencia en un Dios paternalista, que también tiene

el potencial de afectar el tipo y el grado del comportamiento compensatorio del individuo.

**El quinto factor**, la evitación emocional, se relaciona con la movilización de recursos con la intención de ocultar o reprimir los propios sentimientos y emociones. El propósito de esta táctica es alejarse de las reacciones emocionales negativas que una persona puede ver como desagradables debido a la carga emocional asociada a ellas, las repercusiones asociadas a ellas, o porque el individuo teme la censura social si expresa estas emociones. Algunos autores se refieren a esta táctica como control emocional, que se define como el uso de recursos con el fin de modificar y ocultar los propios sentimientos (17).

**Factor 6**, denominada apoyo profesional, consiste en utilizar recursos profesionales para conocer mejor el problema y las opciones disponibles para abordarlo. Se considera un tipo de asistencia social. Conocer y utilizar los recursos sociales disponibles para potenciar la percepción de control situacional. Existen disparidades en la capacidad y las estrategias de un individuo para satisfacer las demandas sociales y percibir los recursos disponibles. La asistencia que brinda un grupo social facilita el uso de los recursos sociales en la medida en que las limitaciones de cada grupo social lo permitan. Comprender y utilizar los recursos sociales disponibles aumenta la percepción de control de una situación. Existen disparidades en la capacidad y las estrategias de un individuo para satisfacer las demandas sociales y percibir los recursos disponibles. La asistencia brindada por un grupo social optimiza el uso de los recursos sociales, dependiendo de las limitaciones presentes dentro de cada grupo social (17).

**El factor 7**, también conocido como reacción agresiva, se refiere a la expresión impulsiva de ira dirigida a uno mismo, a los demás o/a los objetos, que puede reducir la carga emocional del individuo en un momento dado. En la literatura se describen

numerosos mecanismos de afrontamiento emocional. Los procesos cognitivos encargados de reducir la severidad de la perturbación emocional, como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los eventos negativos, son uno de los grupos considerados.

Un segundo grupo más pequeño de estrategias cognitivas consiste en aquellas que apuntan a aumentar la intensidad de la angustia emocional; Algunas personas deben sentirse extremadamente angustiadas antes de poder sentirse mejor, criticarse a sí mismas o permitirse otras formas de autocastigo. En otros casos, las personas aumentan intencionalmente su nivel de angustia emocional para motivarse a actuar, como cuando los atletas compiten contra ellos mismos.

Objetivo del **Factor 8**, también conocido como evitación cognitiva neutralización de ideas desagradables o angustiosas mediante el uso de distracciones y actividades. El desafío está en suprimir los impulsos de dedicarse a otras actividades y permanecer enfocado en la tarea en cuestión.

El objetivo del **factor 9**, la reevaluación positiva, es obtener información identificando los aspectos positivos de un problema para aprender de sus desafíos. Se trata de un enfoque optimista que contribuye a la capacidad del paciente para tolerar el problema y generar conceptos que le ayuden a aprender de él. Algunos autores se han referido a esta táctica como auto estimulación y aprendizaje positivo de la circunstancia, con un énfasis primordial en el crecimiento personal. Se considera un mecanismo de afrontamiento dirigido tanto a la emoción como al problema, que modifica la forma en que se experimenta la situación sin distorsionar o alterar necesariamente la realidad. El peligro se mitiga alterando el contexto de la situación. Se trata de una estrategia de afrontamiento proactiva que se centra en redefinir la circunstancia problemática (17).

La tendencia a exhibir problemas para hacer frente a las emociones causadas por la circunstancia, para expresar esos sentimientos y para manejar el problema se define por el **factor 10**, que también se conoce como la expresión de dificultad de afrontamiento. Cuando la autoeficacia no es útil para resolver las tensiones inducidas por el estrés, se necesita un procedimiento que involucre tanto la autoevaluación como el seguimiento. Es posible decir que esta táctica es la primera, incluso antes que otras, como la búsqueda de asistencia social y profesional. En esta táctica, se reconocen los problemas y luego se buscan posibles soluciones haciendo uso de recursos que no son los propios de la persona.

**El factor 11**, también conocido como negación, representa la falta de aceptación del problema y su evitación distorsionándolo o desfigurándolo en el momento de su evaluación. El objetivo de esta estrategia es actuar como si el problema no existiera, evitar pensar en él y separarse temporalmente de las situaciones relacionadas con el problema para tolerar o soportar el estado emocional resultante (17).

La autonomía, **factor 12**, se refiere a la propensión a responder a un problema buscando soluciones de forma independiente sin ayuda de parientes.

### **C. Diabetes mellitus**

Esta es una enfermedad sistémica que puede definirse por la concentración elevada de glucosa en sangre y como consecuencia de una liberación insuficiente o cerro producción de insulina por el páncreas. Estos niveles elevados de glucosa en sangre son el sello distintivo de la diabetes mellitus. Los ojos, los riñones, la epidermis, el corazón y el sistema nervioso son solo algunos de los órganos y/o sistemas que pueden verse afectados por esta enfermedad sistémica (22).

Es una patología complicada que comprende un conjunto de trastornos en los que coexiste una disfunción mundial del metabolismo de los glúcidos, lípidos y sustancias

proteicas. La diabetes mellitus es una condición multifactorial debido a los diversos componentes que intervienen en su etiología. El 14 de noviembre de cada año, personas de todo el mundo conmemoran el Día Mundial de la Diabetes.

La diabetes está relacionada con un mayor riesgo de muerte prematura, la mayoría de los cuales se atribuyen a enfermedades cardiovasculares. Las personas que tienen diabetes tienen una mayor probabilidad de desarrollar una serie de complicaciones graves, como ceguera, insuficiencia renal y amputaciones de extremidades. La diabetes tipo 2 representa aproximadamente el 90 por ciento de todos los casos de diabetes y, a menudo, afecta a personas mayores de 40 años (22).

En Perú, los exámenes de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles realizados por la Dirección General de Epidemiología en comunidades ubicadas tanto en la costa como en la sierra han encontrado una prevalencia de alrededor del 3% (22) para la diabetes en dichas regiones.

Debido a que la micro albuminuria es un signo de daño renal temprano (que aún no presenta manifestaciones clínicas), su diagnóstico en individuos diabéticos es fundamental. Además, varias investigaciones (22) han demostrado que la micro albuminuria se correlaciona con la retinopatía.

La Asociación Estadounidense de Diabetes pone un fuerte énfasis en la importancia de analizar la hemoglobina glicosilada en relación con el control de la diabetes. Se recomienda realizar una determinación cada tres meses ya que esto permite monitorear la eficacia de la terapia, así como modificar la dosis o agregar tratamientos adicionales (23).

### **a) Clasificación**

El Comité de Expertos en Diabetes de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) ha categorizado los diferentes tipos de diabetes en tres grupos distintos, que son: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional (31).

### **b) diagnóstico**

Se realiza una medición de los valores elevados de glicemia en plasma o suero para hacer un diagnóstico concluyente de diabetes mellitus, así como los diferentes tipos de manejo de la glucosa. Menos de 100 mg/dl se considera normal para los niveles de glucosa en sangre durante un ayuno de 10 a 12 horas. Durante una prueba de provocación de glucosa oral (75 g), los rangos normales de glucosa en sangre son: 100 mg/dl en reposo, seguido de incrementos de 200 mg/dl a los 30, 60 y 90 minutos, y finalmente 140 mg/dl tras una sobrecarga de 120 minutos.

Para diagnosticar diabetes mellitus, el paciente debe cumplir uno de estos tres criterios, que luego debe verificarse. Glicemia (en cualquier momento) inferior a 200 mg/dl, seguida de los síntomas típicos.

Valores de 126 mg/dl o superiores en más de dos de sus análisis de sangre.

Un nivel de glucosa en sangre inferior a 200 mg/dl. 120 minutos después de una dosis de carga de glucosa sugiere una respuesta comprometida a la dosis de carga de glucosa.

Es posible identificar la intolerancia a la glucosa en un paciente cuando su nivel de glucosa en sangre en ayunas es de 126 mg/dl. y su nivel de glucosa en sangre 120 minutos después de una provocación oral de glucosa está entre 140 y 199 mg/dl.

Si los niveles de glucosa de una persona oscilan entre 100 y 125 mg/dl. mientras está en ayunas, se dice que tiene alteración de la glucosa en sangre en ayunas. Una prueba de glucosa oral (23), que será práctica de usar, podrá probar esta hipótesis.

### **c) Factores de riesgo potencial**

La presencia de cualquiera de estos componentes:

- Tener más de 45 años
- Tener diabetes durante uno de sus embarazos anteriores
- Tener exceso de grasa corporal, especialmente alrededor de la cintura
- Tener un embarazo anterior sin complicaciones.
- antecedentes de diabetes en la familia del paciente;
- el parto de un niño que pesa más de 4 kilos al nacer.
- Colesterol HDL igual o inferior a 35 mg/dl.
- Triglicéridos, un tipo de molécula de grasa, en sangre superiores a 250 mg/dl.
- Hipertensión (superior o equivalente a 140/90 mmhg).
- Tolerancia anormal de la hiperglucemia.
- Esfuerzo físico bajo (menos de tres entrenamientos por semana).
- Síndrome metabólico
- Quiste ovárico poli quístico.

Afección conocida como acantosis nigricans que provoca la decoloración y el engrosamiento del cuello y las axilas. Todas las personas mayores de 45 años deberían hacerse un análisis de azúcar (glucosa) en sangre cada tres años (23).

### **d) Imagen en contexto clínico**

Se pueden experimentar los siguientes síntomas (procedentes de un exceso de glucosa en sangre, ya sea de forma ocasional o continua) (23), en el caso de que aún no se haya reconocido la diabetes mellitus y no se haya iniciado su tratamiento, o en el caso de que no ha sido tratado con eficacia.

#### **e) Los síntomas e indicadores más comunes**

- La poliuria, la polidipsia y la polifagia son síntomas que se han observado.
- Una reducción de la grasa corporal a pesar del consumo continuado de un gran número de calorías. Esto se debe a que los tejidos no reciben la señal de insulina, lo que impide que la glucosa se almacene en esos tejidos.
- Debilidad en las piernas o los pies.
- Alteraciones en la nitidez de la visión.
- Otros síntomas e indicadores que se presentan con menor frecuencia
- Una condición conocida como vaginitis en las damas y balanitis en varones.
- La presencia de este carbohidrato en orina o la presencia de un sabor dulce en la orina.
- Falta de ciclos menstruales en las mujeres
- Un síntoma de impotencia que afecta males.
- Dolor o malestar en el abdomen.
- Entumecimiento, hormigueo o incluso parálisis de miembros superiores e inferiores, así como afectaciones en la piel.
- El sentimiento de molestia.
- Cambios en el estado emocional de uno.
- enfermedad, así como enfermedad.
- Un olor que sale de la boca (7).

#### **f) Desafíos enfrentados**

La hipoglucemia es considerada uno de los problemas agudos que pueden surgir en el tratamiento de la diabetes mellitus. Es el efecto secundario más común del tratamiento farmacológico de esta enfermedad y se produce cuando los niveles de azúcar en la sangre disminuyen demasiado. Aunque no hay un consenso universal sobre el nivel específico

de glucosa que define la hipoglucemia, generalmente se la caracteriza por la presencia de niveles de glucosa en sangre inferiores a 60 mg/dl. Este tipo de problemas suelen presentarse de manera recurrente (23).

La **retinopatía diabética** está presente entre el cuarenta y el cincuenta por ciento de las personas diabéticas, y el diez por ciento de estas personas tienen retinopatía proliferativa. La principal causa de ceguera en los países industrializados es la retinopatía diabética, que representa el treinta por ciento de todos los casos de ceguera reconocida.

Los pacientes con diabetes tienen 25 veces más posibilidades de desarrollar **nefropatía diabética**, lo que significa que su riesgo de tener insuficiencia renal es relativo. El 50 por ciento de estos pacientes cuya enfermedad ha estado progresando durante 10 a 20 años había desarrollado algún grado de insuficiencia renal. La diabetes ahora se identifica en el 10-13% de las personas en hemodiálisis, según estadísticas recientes.

Se cree que entre el 60 y el 70 por ciento de los diabéticos tienen algún grado de neuropatía. El riesgo relativo de neuropatía es siete veces mayor entre los diabéticos que entre la población general. Como consecuencia directa de esto, la **neuropatía autonómica** cardiovascular afecta a más del cuarenta por ciento de los pacientes diabéticos cuya condición se encuentra en una etapa más avanzada durante más de diez años. La neuropatía relacionada con la diabetes es un factor importante en la impotencia sexual, que se cree que afecta al cuarenta por ciento de todas las enfermedades.

**Enfermedad cardiovascular:** El peligro de adquirir enfermedad vascular (de las coronarias, cerebrovascular) se duplica hasta cuadruplica diabéticos que, en no diabéticos, y este riesgo es dos veces mayor en mujeres. Los diabéticos tienen una mayor probabilidad de muerte por enfermedad cardiovascular que los no diabéticos. Los pacientes diagnosticados con diabetes representan alrededor del cincuenta por ciento de todas las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores.

## **2.4. Definición de términos básicos**

### **a) Calidad de vida**

Se refiere al estado general de satisfacción que surge cuando un individuo logra su máximo potencial. Este concepto comprende tanto aspectos subjetivos como objetivos.

La experiencia subjetiva de bienestar en términos de salud física, social y mental es un componente esencial de la calidad de vida.

Abarca la expresión de las emociones la seguridad que uno percibe lo productivo que uno es y la buena salud. Desde el punto de vista objetivo abarca la prosperidad material. (24).

### **b) Afrontamiento:**

El "afrentamiento" indica todo el estrés y los esfuerzos de conducta y de conocimiento que realiza una persona para enfrentar las noxas que causen daño psicológico. El concepto de afrontamiento del estrés es de mucha importancia para los campos de la psicología clínica y la psicopatología, ya que la forma en que un individuo afronta el estrés puede servir como mediador crucial entre las situaciones estresantes y la salud (27).

## CAPÍTULO III

### PLANTEAMIENTO DE LA (S) HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 3.1 Hipótesis

**Hi:** La calidad de vida se relaciona significativamente con las estrategias de afrontamiento de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que acuden a consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2021.

**Ho:** La calidad de vida no se relaciona significativamente con las estrategias de afrontamiento de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que acuden a consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2021.

### 3.2 Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis

<b>Variable dependiente</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valor final</b>	<b>Tipo de variable y nivel de medición</b>
Calidad de vida	Es un concepto multidimensional que engloba la salud física y mental, los estilos de vida, la vivienda, la satisfacción en los lugares de estudio y trabajo, y las situaciones económicas. Es considerado uno de los indicadores clave del bienestar de la población (20).	Se utiliza la escala WHOQOL BREF como instrumento de evaluación de la calidad de vida (28).	Dimensión Física	Calidad de vida alta	100 puntos	Cuantitativo intervalo
			Dimensión Psicológica	Calidad de vida media	65 puntos	
			Dimensión Social	Calidad de vida baja	1 puntos	
			Dimensión Ambiental			

Variable independiente	Definición Conceptual	Definición operacional	Estrategias de afrontamiento	Tipo de Variable y nivel de medición
Estrategias de afrontamiento	Se refiere al conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que una persona emplea para enfrentar y manejar situaciones de presión, ya sean externas o internas, que se perciben como desafiantes para sus capacidades y recursos (30).	Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (29).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solución de Problemas</li> <li>• Apoyo Social</li> <li>• Espera</li> <li>• Religión.</li> <li>• Evitación emocional</li> <li>• Apoyo profesional</li> <li>• Reacción Agresiva</li> <li>• Evitación cognitiva</li> <li>• Reevaluación positiva</li> <li>• Expresión</li> <li>• Negación</li> <li>• Autonomía.</li> </ul>	Cualitativa nominal

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de variable y nivel de medición</b>
Características Sociodemográficas	<p>El envejecimiento de la población es un fenómeno destacable siendo el resultado de un descenso sostenido en los niveles de fecundidad y de un aumento en la esperanza de vida (31).</p> <p>Evolucionan de manera desigual en cuanto a la intensidad de los cambios, su sentido y persistencia, además de las condiciones iniciales de tales cambios. Por ello se dice que el envejecimiento de los países “se desarrolla en el contexto de sus experiencias de transición demográfica” (32).</p>	Edad	60 - 69 años 70 – 79 años 80 a más	Cuantitativa de intervalo
		Sexo	Hombre Mujer	Cualitativa nominal
		Grado de instrucción	Analfabeto/a Primaria Secundaria Superior.	Cualitativa Ordinal
		Estado civil	Casado (a) Soltero Viudo Divorciado Conviviente.	Cualitativa nominal

## CAPÍTULO IV

### MARCO METODOLÓGICO

#### 4.1 Ubicación geográfica

El estudio se realizó en el servicio de consultorios de medicina donde se atiende las prioridades III y IV (la prioridad I: Gravedad súbita extrema, prioridad II: urgencia mayor, son las que se atienden por emergencia y la prioridad III urgencia menor y la prioridad IV son las patologías comunes que se atienden por consultorios externos), donde se atiende un promedio de 20 a 30 pacientes; de estos, 11 son adultos y 8 son adultos mayores; donde la población ofertada por el hospital es de 126; y donde atienden 100 pacientes por año, según un reporte estadístico de 2019; y donde se atiende un promedio de 20 a 30 pacientes; De estos, 11 son adultos y 8 son adultos mayores.

El Hospital José Soto Cadenillas es una institución integral que forma parte tanto del Ministerio de Salud (MINSA) como de la Red de Salud de Chota, que abarca 14 micro redes distintas. Este hospital tiene una categorización de II-1 y actúa como centro de referencia para las personas que residen en la Región Cajamarca. Su área de influencia incluye localidades como Chota, Santa Cruz, Bambamarca y, en algunos casos, Cutervo. Se encuentra ubicado en Jr. Exequiel Montoya No. 718, en la Zona Urbana de la Ciudad, aproximadamente a 1 kilómetro y 15 minutos caminando de la plaza central de la ciudad (33). Con una superficie total de 18.000 metros cuadrados y una superficie construida de 6.584,88 metros cuadrados, el hospital cuenta con dos plantas diferenciadas.

En el primer nivel se encuentran diversos departamentos, entre ellos: servicios de emergencia, hospitalización, consultas externas, admisión, farmacia y laboratorio, banco de sangre, diagnóstico por imágenes, servicio de pediatría, centro de cirugía, obstetricia, servicio de cirugía que incluye cirugía plástica, traumatología y otorrinolaringología. El

segundo nivel alberga oficinas de asesoramiento y apoyo administrativo. La institución ofrece atención las 24 horas del día y todos los días del año, atendiendo tanto a la población rural como urbana, así como a otras capitales de provincia y principales localidades de la zona. Actualmente, el hospital opera como entidad ejecutora dependiente del Ministerio de Salud y está sujeta administrativamente al Gobierno Regional de Cajamarca. Su enfoque está en actividades de prevención, recuperación y rehabilitación con el objetivo de mejorar y preservar la salud de las poblaciones urbanas y rurales.

En Chota existen 3.795,1 kilómetros cuadrados de terreno, lo que representa el 11,9% de la superficie total del departamento. La mayor parte de la masa terrestre tiene un clima que se clasifica como templado, sin embargo, el clima en las regiones más bajas del área es variable, marginalmente de templado suave a templado cálido, mientras que el clima en las partes altas es gélido. De noviembre a abril es la estación lluviosa, y de mayo a octubre la estación árida. La temperatura media es de 17,8 grados Celsius (34 grados Fahrenheit).

#### **4.2. Diseño y tipo de investigación**

El estudio es de tipo analítico relacional, que busca determinar la correlación entre variables; emplea el método de análisis, es decir, reconstruye el objeto a estudiar en sus partes componentes para lograr una comprensión más especializada; se puede describir el mundo externo como realmente es, donde la verdad de nuestro conocimiento sobre la participación de la familia en el cuidado de los ancianos en adultos mayores se define por las realidades dentro de la familia (35).

Tiene un diseño transversal no experimental porque las variables no son manipuladas a propósito, es decir, los fenómenos han sido observados tal como ocurren en su contexto natural para analizarlos y estudiarlos, ocurriendo la recolección de datos en un solo instante.

Se ha descrito la relación entre la variable dependiente y la variable independiente. La investigación correlacional pretende examinar las relaciones entre dos o más variables significativas del objeto de estudio. Mediante la prueba chi-cuadrado, se determinó la relación entre las variables. Satisfacción vital y estrategias de afrontamiento.

### **4.3. Métodos de investigación**

El enfoque de investigación que se utiliza se denomina deductivo hipotético y consiste en emitir hipótesis sobre posibles soluciones al problema que se ha planteado y luego decidir si los datos existentes respaldan o no dichas hipótesis en función de los datos. Además, la investigación cuantitativa estudia, analiza y valida información y datos; tiene como objetivo describir y delimitar las asociaciones o conexiones, así como la fuerza de las variables (36).

### **4.4. Población, muestra y unidad de análisis**

#### **4.4.1. Población y muestra**

La población y muestra de estudio estuvo constituida por todos los adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus que acudieron a la consulta externa del Hospital José Soto Cadenillas y que cumplieron con los criterios de inclusión; según registro del Programa del Adulto Mayor, se registraron 100 usuarios con este padecimiento entre marzo y julio de 2021.

#### **4.4.2. Criterios de inclusión**

Para el estudio se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II que acudieron al servicio

de consultorio externo del hospital.

- Adultos mayores lúcidos y orientados en tiempo, espacio y persona.
- Individuos mayores con una enfermedad diagnosticada durante al menos un año.
- Adultos mayores que aceptaron participar en el estudio, firmaron un consentimiento informado y permitieron la administración del instrumento.

#### **4.4.3 unidad de análisis**

Fue cada adulto mayor diagnosticado con diabetes mellitus tipo II que acudió a consulta externa.

#### **4.5. Técnica e instrumento de recolección de información**

La técnica utilizada para la recolección de datos incluyó la entrevista a los adultos mayores en sus hogares entre marzo y julio de 2021.

El instrumento de recolección de datos consta de tres partes, en la primera sección se indagan aspectos como la edad, estado civil, sexo y nivel educativo del participante.

La segunda sección es la Escala WHOQOL BREF (28), que comprende 26 preguntas para evaluar cuatro aspectos de la calidad de vida de una persona:

- estado de salud físico y
- mental, estado de salud mental,
- interacciones sociales y
- preocupación por el medio ambiente.

Los resultados se interpretan en tres niveles de calidad de vida: excepcional (66 a 100 puntos), nivel medio (52 a 65 puntos) y baja calidad de vida (0 a 51 puntos). En el tercer segmento, se validó la Escala de Estrategias de Afrontamiento - Modificada (EEC-M) desarrollada por Londoño (30). Consta de 69 preguntas con respuestas tipo Likert que abarcan un rango de frecuencia desde "nunca" hasta "siempre" (1 a 6, respectivamente).

Algunos ejemplos de indicadores relevantes incluyen la resolución de problemas, que consiste en actividades para solucionar un problema, considerando el momento adecuado para evaluar e intervenir y la prevención de problemas que busca evitar que ocurran en primer lugar.

### **1. Solución de problemas**

El estudio recopila datos mediante la entrevista y el uso la utilización de escalas para evaluar la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento empleadas por los participantes.

### **2. El apoyo social**

Es la asistencia que brinda un grupo de amigos, familiares u otras personas, con el foco puesto en brindar amor, recibir apoyo emocional y conocimientos para soportar o sobrellevar la circunstancia problemática, o las emociones que son formados en la reacción de estrés.

### **3. Espera.**

El Programa de Supervivencia Emocional (ESP) propone que la espera es un enfoque cognitivo-conductual basado en la creencia de que la situación mejorará con el tiempo.

### **4. Religión**

Dentro del contexto religioso (REL), se considera que orar y suplicar son tácticas para afrontar un problema o encontrar respuestas.

### **5. Evitación emocional**

De acuerdo con EE (30), la "evitación emocional" consiste en movilizar recursos para ocultar o reprimir las propias emociones.

### **6. Apoyo profesional**

El uso de recursos profesionales para obtener una comprensión más profunda del problema y las soluciones disponibles se puede denominar como brindar ayuda de expertos.

### 7. La "reacción agresiva"

Se refiere a la expresión espontánea de ira dirigida hacia uno mismo, hacia los demás o hacia objetos, lo que puede aliviar la carga emocional en un momento determinado.

### 8. La estrategia de "evitación cognitiva"

Tiene como objetivo combatir pensamientos desfavorables o molestos desviando la atención hacia otras actividades.

### 9. La "reevaluación positiva"

Busca aprender de las dificultades resaltando los aspectos beneficiosos de la situación.

10. La inclinación a expresar problemas para lidiar con las emociones creadas por la circunstancia, expresar sentimientos y abordar el problema es a lo que nos referimos cuando hablamos de la expresión de dificultad para hacer frente.

11. **El factor 11**, a menudo conocido como negación, se refiere a la falta de aceptación del problema, así como a un intento de eludirlo distorsionándolo o tergiversándolo en el momento de su evaluación (30).

12. **El término "autonomía"** se refiere a la capacidad de reaccionar ante una situación de manera independiente, sin depender de la ayuda de otras personas como familiares, amigos o profesionales (30).

Se realizó una prueba piloto en el establecimiento médico Essalud de Chota con 13 adultos mayores diabéticos que compartían características similares al grupo objetivo. El propósito de este estudio fue verificar la validez y confiabilidad de los dispositivos utilizados para la recolección de datos. El coeficiente alfa de Cronbach para el instrumento WHOQOL BREF - Quality of Life fue de 0,902, lo que indica un alto grado de confiabilidad. El resultado de la Escala de Estrategias de Afrontamiento - modificada (EEC-M) fue de 0,879, también indicando un alto grado de confiabilidad. Los resultados demuestran que los instrumentos cuentan con un alto nivel de consistencia y confiabilidad (Anexo No. 03).

#### **4.6 Procedimiento para la recolección de la información**

Se realizó las coordinaciones con la enfermera jefa del programa del adulto mayor para poder tener acceso al padrón nominal de los adultos mayores con diabetes Mellitus específicamente que vienen atendiéndose en el Hospital José Soto Cadenillas Chota.

Luego se procedió a realizar las visitas domiciliarias a los adultos mayores identificados procediéndose aplicar las escalas para calidad de vida (WHOQOL BREF) y estrategias de afrontamiento.

#### **4.7 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información**

Una vez recopilados los datos se llevó a cabo un proceso de verificación para asegurar su coherencia, identificando y corrigiendo posibles errores. Posteriormente, los datos fueron codificados y se creó una base de datos utilizando el Software Estadístico SPSS versión 26 para su procesamiento y almacenamiento. En esta etapa, se emplearon técnicas como el cruce de variables, análisis descriptivo e inferencia estadística. Para evaluar las relaciones entre las variables, se realizó una prueba de Chi-cuadrado, y los resultados se presentan en tablas con entradas simples y dobles.

#### **4.8. Análisis de los Datos**

El análisis consistió en procesar los datos cuantitativos obtenidos de las estadísticas, compararlos con antecedentes y teorías relevantes, y discutir similitudes o diferencias con el propósito de alcanzar los objetivos establecidos. Además, se evaluaron las hipótesis mediante estadísticos inferenciales, como la prueba Chi-Cuadrado ( $p$ -valor = 0,0356), para determinar si las conclusiones eran congruentes con los objetivos planteados. El nivel de confianza utilizado para la prueba Chi-Cuadrado fue del 95%. Se encontró que, en adultos con Diabetes Mellitus, existe una correlación entre las variables categóricas de Calidad de Vida y Estrategia de Afrontamiento.

#### **4.9. Rigor ético**

Para asegurar la validez de la investigación, se consideraron los siguientes principios éticos:

Principio de no maleficencia: implica la obligación de no causar daño intencionado (33).

Dado que no existía riesgo de dañar a los participantes y que el propósito único de las entrevistas era obtener información, se tuvieron en cuenta los beneficios potenciales.

Principio de confidencialidad. Este principio exige que el investigador mantenga la confidencialidad de los participantes en el estudio (33). En este estudio, la información de la entrevista se utilizó únicamente para los fines de la tesis y se realizó de forma anónima.

#### **4.10. Rigor científico**

El informe de tesis se atiene al rigor del método de obtención de resultados; cumple los siguientes criterios:

**Fiabilidad:** La fiabilidad de un instrumento de medida es el grado en que su uso recurrente sobre el mismo individuo u objeto arroja resultados idénticos (37). La fiabilidad del instrumento se determinó mediante una prueba piloto y la prueba Alfa de Cronbach.

**La validez** se refiere al grado en que un instrumento mide de manera efectiva la variable que se pretende evaluar; el propósito de la prueba piloto fue verificar la validez de contenido de los instrumentos (37). En este estudio descriptivo, la validez de contenido se centró en evaluar si las preguntas eran relevantes para los adultos mayores que participaban en la investigación, teniendo en cuenta su contexto y características únicas. Si las preguntas del instrumento de recolección de datos reflejaban la información esencial conforme a los objetivos de la investigación, entonces se consideró que habían superado la prueba preliminar de validez de contenido.

**La objetividad** del instrumento se refiere al grado en que éste puede estar libre de la influencia del investigador que lo administra, evalúa e interpreta (37). En este estudio en particular, se realizó un análisis de los datos (mediante tablas estadísticas) basado en el marco teórico. Como resultado, la opinión y percepción del investigador no tuvieron ningún impacto en el análisis y las conclusiones del estudio.

## CAPÍTULO V

### INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

#### 5.1 Presentación de resultados

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2021.**

<b>Características</b>		
<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
60-69 años	49	49
70-79 años	28	28
80 a más años	23	23
<b>Sexo</b>		
Mujer	62	62
Hombre	38	38
<b>Grado de instrucción</b>		
Analfabeto	10	10
Primaria	46	46
Secundaria	21	21
<b>Estado civil</b>		
Soltero	7	7
Casado	35	35
Divorciado	25	25
Viudo	21	21
Conviviente	12	12
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

El 49% de los participantes tiene entre 60 y 69 años, 28% entre 70 y 79, y 23% 80 o más; 62% son mujeres y 38% hombres; el mayor porcentaje de adultos mayores tiene estudios primarios (46%), seguido de quienes tienen estudios secundarios (21%). 35% están casados, 25% están separados, 21% tienen pareja, 12% cohabitan y el 7% están solos.

**Tabla 2. Calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.  
Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2021.**

Calidad de vida	Adultos mayores	
	N	%
Calidad de vida baja	28	28
Calidad de vida media	62	62
Calidad de vida alta	10	10
Total	100	100

El 62% de los adultos mayores tiene una calidad de vida media, mientras que 28% tiene una calidad de vida baja y 10% tiene una calidad de vida alta.

**Tabla 3. Estrategias de afrontamiento de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2021**

Estrategias de afrontamiento	Adultos mayores	
	N	%
Religión	47	47
Reacción Agresiva	25	25
Solución de Problemas	22	22
Otros factores	6	6
Total	100	100

La Tabla 3 revela que 47% de los participantes utilizó la religión como principal estrategia de afrontamiento, 25% recurrió a una reacción agresiva, 22% buscó una solución a su problema de salud y 6% utilizó estrategias de afrontamiento adicionales.

**Tabla 4. Calidad de vida y características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2021**

Características sociodemográficas	Calidad de vida					
	Calidad de vida baja		Calidad de vida media		Calidad de vida alta	
	N	%	N	%	N	%
<b>Edad</b>						
60-69 años	11	11	30	30	8	8
70-79 años	6	6	20	20	2	2
80 a más años	11	11	12	12	0	0
<b>Sexo</b>						
Mujer	22	22	39	39	1	1
Hombre	6	6	23	23	9	9
<b>Grado de instrucción</b>						
Sin instrucción	2	2	8	8	0	0
Primaria	14	14	31	31	1	1
Secundaria	5	5	11	11	5	5
<b>Estado civil</b>						
Soltero	0	0	5	5	2	2
Casado	11	11	23	23	1	1
Separados	3	3	20	20	2	2
Viudo	12	12	9	9	0	0
Conviviente	2	2	5	5	5	5
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>62</b>	<b>62</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

En la Tabla 4 se observa que el 30% de las personas entre 60 y 69 años y el 12% de aquellos mayores de 80 años presentan una calidad de vida considerada como media. Por otro lado, el 90% de las mujeres tienen una calidad de vida clasificada como baja. En cuanto al nivel educativo 31% tienen estudios primarios y una calidad de vida media, mientras que 14% de participantes también con estudios primarios presentan una calidad de vida considerada como media, Además, 23% de casados tiene una calidad de vida media, mientras que el 20% de la población que se encuentra separada también presenta una calidad de vida media.

**Tabla 5. Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2021.**

Edad	Estrategias de Afrontamiento									
	Religión		Reacción Agresiva		Solución de Problemas		Otros Factores		total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
60-69 años	29	29	9	9	8	8	3	3	49	49
70-79 años	10	10	9	9	8	8	1	1	28	28
80 a más años	7	7	9	9	7	7	0	0	23	23
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Sexo</b>										
Mujer	23	23	18	18	17	17	4	4	62	62
Hombre	23	23	7	7	7	7	1	1	38	38
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Grado de instrucción</b>										
Sin instrucción	12	12	7	7	1	1	0	0	20	20
Primaria	27	27	6	6	15	15	2	2	50	50
Secundaria	9	9	13	13	7	7	1	1	30	30
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>										
Soltero	3	3	1	1	2	2	1	1	7	7
Casado	13	13	16	16	5	5	1	1	35	35
Separados	16	16	2	2	6	6	1	1	25	25
Viudo	5	5	7	7	8	8	1	1	21	21
Conviviente	11	11	1	1	0	0	0	0	12	12
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Los resultados más representativos de la religión como principal estrategia de afrontamiento se encontraron en el 29% de los adultos mayores de 60 a 69 años, así como en proporciones similares de mujeres y hombres (ambos con 23%) y de los separados. En la respuesta regresiva, se presentó en las mujeres de 60 a 69 años con estudios secundarios que estaban casadas. Por último, la resolución de problemas fue más frecuente entre los participantes de 60 a 79 años, las mujeres, las personas mayores con estudios primarios y las viudas.

**Tabla 6. Relación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento, adultos mayores con diabetes mellitus tipo II - Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2021.**

Calidad de vida	Estrategias de Afrontamiento								Valor p	
	Religión		Solución de Problemas		Reacción Agresiva		Otros Factores			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
										0.0356
Calidad de Vida Baja	11	11	7	7	10	10	3	3		
Calidad de Vida Media	30	30	15	15	9	9	3	3		
Calidad de Vida Alta	6	6	1	1	3	3	2	2		
Total	47	47	23	23	22	22	8	8	100	

La tabla 6 muestra en cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por este grupo 30% recurrió a la religión como estrategia de afrontamiento, mientras que 15% usaron el enfoque de solución de problemas, 9% manifestaron una reacción agresiva. El análisis estadístico arrojó un valor de p igual a 0,0356, lo que indica una relación estadística significativa entre las variables; por lo tanto, se concluye que las estrategias de afrontamiento están relacionadas con el nivel de calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus.

## CAPÍTULO VI

### 6.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Las características fundamentales de la vida humana, como vivienda, vestimenta, alimentación, educación y libertades personales, desempeñan un papel determinante en la calidad de vida de las personas mayores. Cada uno de estos aspectos contribuye al logro de un estado óptimo de bienestar considerando el proceso de envejecimiento y las adaptaciones individuales y diferenciadas al entorno biológico y psicosocial en constante cambio. Estas adaptaciones pueden afectar su salud física, capacidad de memoria, temores, sentimientos de abandono, percepción de la muerte y su dependencia de los demás.

Los resultados presentados en la Tabla 2 muestran similitudes con los hallazgos de Palacios, quien encontró que el 62,3% de la población tenía una calidad de vida media (10). De manera similar, en el caso de los habitantes de Manchay, el 97,8% tiene una calidad de vida media, mientras que solo el 0,7% experimenta una buena calidad de vida (11).

La calidad de vida de los adultos mayores se basa en las características del ser humano. La incorporación de la medición de la CV a nivel individual mejora la evaluación completa de la salud de un individuo para mostrar la eficacia de una determinada crisis, influir en la creación de tratamientos innovadores o modificar el enfoque de la atención de la salud (2).

La Federación Internacional de Diabetes ha compilado estadísticas que muestran que existe una prevalencia significativa de esta condición a nivel mundial, que afecta a 382 millones de adultos. Estas estadísticas también sugieren que se espera que la cantidad de personas con diabetes llegue a aproximadamente 592 millones de personas para el año 2035. Quienes tienen diabetes mellitus se enfrentan a una serie de desafíos como resultado

de la gran influencia que tiene la enfermedad en la calidad de su vida. vida en cuanto a su salud. Esto es particularmente cierto cuando se compara con aquellos que tienen otras patologías clínicas o que se ven afectados por causas adicionales.

La calidad de vida (CV) es un término amplio y multidimensional que engloba el estado de salud física y mental, los estilos de vida, las condiciones de vivienda, la satisfacción en los entornos educativos y laborales, así como las situaciones económicas; todo ello constituye uno de los indicadores fundamentales del bienestar de la población (20). La calidad de vida es un elemento esencial en la evaluación del bienestar de la población (20). Los hallazgos pueden estar influenciados por las preferencias y rutinas individuales de los participantes; la calidad de vida se encuentra intrínsecamente relacionada con las expectativas que las personas mayores tienen sobre su estado de salud, abarcando aspectos biopsicosociales y teniendo en cuenta también su dimensión espiritual.

Una persona puede estar en una situación peligrosa porque tiene una enfermedad como la diabetes mellitus, tiene poco o nada de recursos económicos, lo que le obliga a depender económicamente de sus hijos, vive con sus nietos en la misma casa o está lidiando con otros temas que incluyen generaciones de su familia.

Los investigadores llegaron a la conclusión de que las características subjetivas, como la felicidad y la satisfacción con la vida, ejercen una influencia más significativa en la calidad de vida que los factores puramente objetivos. Es así como se ha conceptualizado la calidad de vida relacionada con la salud, conocida comúnmente como CVRS (20). En este contexto particular, los resultados sugieren que aproximadamente el 28 por ciento de las personas presentaban una baja calidad de vida. Es plausible que estas personas estén viviendo con las complicaciones de la enfermedad, como el pie diabético, que puede llevar a la amputación de una extremidad inferior, o la ceguera. En el Hospital José Soto Cadenillas, las neuropatías diabéticas y, en casos más graves, la cetoacidosis diabética

son las principales causas de ingreso de personas mayores para recibir tratamiento médico.

De acuerdo con los hallazgos de la tabla, para la mayoría de las personas mayores es suficiente no experimentar molestias, tener una dieta balanceada o acceso a medicamentos, realizar actividad física y poder realizar de manera independiente las tareas diarias. El seguimiento de la calidad de vida de los adultos mayores que padecen diabetes mellitus tiene como objetivo garantizar que estos individuos tengan la mejor calidad de vida posible, preservando sus capacidades funcionales y evitando factores de riesgo que puedan conducir a un mayor deterioro físico, psicológico y social. Algunos ejemplos de estos tipos de deterioro incluyen la incapacidad de usar las extremidades debido a la amputación, la ceguera y la insuficiencia renal crónica. Otros ejemplos incluyen la depresión y la pobreza.

Desafortunadamente, no existe un registro de la calidad de vida de los ancianos portadores de diabetes mellitus en programas para ancianos que permitan a los profesionales de enfermería ofrecer una atención integral buscando prevenir la alta frecuencia de complicaciones asociadas a esta enfermedad (38). El mismo problema se presenta en el Hospital José Soto Cadenillas, donde no existe información actualizada sobre la calidad de vida de este grupo demográfico; como resultado, la capacidad para ofrecer cuidados de enfermería se ve severamente restringida.

Existe una disparidad entre el otro bienestar físico y subjetivo de los sujetos de estudio, y la calidad de vida que puede verse afectada por ciertos aspectos de su vida, como el acceso al dinero, la presencia de enfermedades distintas a la diabetes mellitus, el entorno físico del hogar y dificultades para concentrarse o recordar información.

Los hallazgos que se muestran en la Tabla 3 con respecto a las estrategias de afrontamiento difieren de los obtenidos por Alvares (39), quien encontró que el enfoque de resolución de problemas (ES) fue el más prevalente. El término "estrategias de afrontamiento" se refiere a los intentos cognitivos y conductuales que se realizan para abordar ciertas demandas internas o externas que se perciben como excesivas o severas para los recursos de una persona (40).

Las estrategias de afrontamiento se utilizan para controlar sensaciones como el miedo, el peligro o la incertidumbre. Es posible atribuir las preferencias de un individuo por el empleo de un tipo de técnica de afrontamiento sobre otro (40) a sus estilos de afrontamiento, que son predisposiciones para hacer frente a diferentes tipos de circunstancias. Los hallazgos sugieren que las personas mayores que tienen diabetes mellitus recurren a su religión católica o evangélica en busca de fortaleza emocional para manejar la condición y sus repercusiones. No es raro encontrar adultos mayores en las iglesias de Chota orando por su propia salud y la salud de su familia.

Esta perspectiva tiene un efecto sobre las técnicas de afrontamiento, las reacciones emocionales y la salud a largo plazo de un individuo. Los elementos individuales, como las características predisponentes, los motivos, las actitudes y las experiencias, son ejemplos de lo que da forma a cómo las personas ven y valoran sus propias necesidades. Este vínculo se explora desde el punto de vista del individuo cuando se consideran varios mecanismos de afrontamiento de la condición, el estrés y la calidad de vida del individuo (27).

A pesar de que algunos pacientes diabéticos no buscan asistencia médica y otros son combativos y resistentes a la aceptación y manejo de la enfermedad, la calidad de vida de los participantes, su nivel de dedicación y el grado de adaptación a la misma el estado de la enfermedad sugiere que están tratando de hacer frente a la diabetes mellitus.

Schwartzmann, L. menciona que, en cuanto al uso de recursos para el control de la enfermedad, se observa que es insuficiente y no adecuado para el equilibrio óptimo de salud en el paciente diabético. Esto se debe a que al paciente diabético le cuesta concienciar sobre el uso de una dieta adecuada, y además no cumple con el ejercicio o la actividad física. Sumado a esto, no monitorea sus niveles de glucosa, y tiene miedo de usar insulina, solicitando que se lleve toda la carga del tratamiento.

Esto demuestra que aun cuando los pacientes cuentan con los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para el control de su padecimiento, este control no es óptimo y existe una deficiencia en la ejecución del tratamiento prescrito; por lo tanto, es razonable concluir que la información al respecto no está siendo comunicada de la manera más efectiva. Los participantes que tienen diabetes mellitus son conscientes de los conocimientos y son capaces de realizar con éxito las actividades de autocuidado indispensables para el correcto manejo de su enfermedad; Sin embargo, lo hacen de una manera desorganizada y confusa. Es de suma importancia no pasar por alto el hecho de que existen informes e investigaciones que explican las implicaciones psicológicas de una afección crónica como la diabetes, incluida la hostilidad, la renuencia a aceptar el manejo y la terapia incorrecta.

A la luz de estos hallazgos, la conclusión que se puede extraer es que las personas con diabetes tipo 2 dirigen sus esfuerzos al afrontamiento, y que estos esfuerzos representan una alta calidad de vida en estos pacientes. Sin embargo, se ha señalado que las acciones o valoraciones cognitivas que las personas realizan frente a la enfermedad son insuficientes. A pesar de tener completa autonomía y el potencial de ajustar su comportamiento o tácticas para enfrentar su condición y mejorar su calidad de vida, no lo hacen. El propósito de las técnicas de afrontamiento es examinar con precisión cómo la población enfrenta ciertos estreses, como el manejo de enfermedades crónicas, aspectos

cotidianos estresantes como un horario de trabajo riguroso o eventos vitales estresantes como la pérdida de un familiar (42). Los hallazgos sugieren que debe operar bajo la suposición de que toda la población del estudio está expuesta al menos a un tipo de estrés. A pesar de eso, es posible que la gran mayoría de los participantes de la investigación no cuenten con los recursos o estrategias necesarias para manejar los cambios, cuadro clínico y problemas asociados a la diabetes mellitus.

En un sentido amplio, "afrentamiento" es un término que se refiere a un conjunto de ideas y acciones que las personas usan para superar circunstancias difíciles. Como resultado, es un proceso de hacer esfuerzos que están enfocados a bajar, limitar, aceptar o regular (17) las presiones tanto internas como externas de la manera más efectiva posible. Los pacientes con diabetes que son rechazados por sus familias no tienen acceso a redes alternativas de apoyo, viven solos, tienen un tratamiento irregular o cuya medicación es excesivamente costosa (insulina) suelen sufrir los mayores niveles de estrés. El tema crea mecanismos de afrontamiento como herramientas o recursos para hacer frente a diversas presiones, ya sea que vengan del exterior o del interior. Estos recursos pueden ser benéficos, en cuanto permiten al individuo manejar adecuadamente las demandas, o pueden ser perjudiciales, en cuanto socavan la salud biopsicosocial del individuo (19).

Los participantes en el estudio reciben la mayor parte de su apoyo emocional de sus familiares y amigos. También tienen tendencia a buscar información sobre su problema de salud. El apoyo social puede ser de gran utilidad, y la inclusión en redes sociales conlleva beneficios directos asociados con la autoestima, el sentido de control, las experiencias emocionales, el crecimiento personal y la mejora de la salud tanto física como mental. Gonzales y Padilla consideran de gran importancia que una persona adopte estrategias efectivas de afrontamiento para enfrentar los cambios en su condición física, estado psicológico, vida familiar, vida social y entorno laboral (44). Esto se debe a que la

forma en que las personas mayores manejan la circunstancia determina los recursos a los que tienen acceso. Estos hallazgos son consistentes con los obtenidos por Nieto y Parra, quienes hicieron el sorprendente descubrimiento de que el 69,1% de los pacientes eran mujeres con una edad media de 71,87 años (45). Además, concuerda con la observación de Figueredo de que las mujeres superan en número a los hombres en una proporción de 79,2% (9). En contraste con esto, también existe una conexión entre Palacios et al. Los resultados de su investigación mostraron que el 62,3% de los individuos reportaron una calidad de vida media (10). Es claro que la mayoría de las personas que componen la muestra son mujeres que han completado al menos algo de educación primaria y trabajan en el sector doméstico. Este hallazgo está en línea con las estadísticas del campo médico, que muestran que la tasa de mortalidad causada por la diabetes es mayor en las mujeres.

Como consecuencia de tener una peor calidad de vida, las personas en este rango de edad tienen una mayor probabilidad de desarrollar diabetes mellitus. Es un método para dar sentido a las experiencias de los pacientes que han luchado contra una condición durante la mayor parte de su vida que está plagada de una miríada de efectos secundarios. Según la investigación de Martínez et al., las limitaciones funcionales pueden dificultar la realización de actividades cotidianas y una vida social activa. Cuanto mayor es un paciente y cuanto mayor es su nivel de glucosa en sangre, peor es la calidad de vida de estos pacientes, siendo la calidad de vida de estas pacientes femeninas incluso peor que la de los pacientes masculinos. La edad se relaciona estadísticamente con una menor calidad de vida. Esto se puede demostrar observando que cuanto mayor es el paciente y cuanto mayor es su nivel de glucosa en sangre, menor es la calidad de vida de estos pacientes (45).

Además, la enfermedad se encuentra en su fase inicial. Los ancianos que acaban de perder a un cónyuge pueden tener una peor calidad de vida debido a la muerte reciente del

cónyuge, la pérdida de vínculos familiares que dificultan la continuación de las actividades diarias y el hecho de que la atención de los problemas que son intrínsecos a la condición se vuelve más difícil con el tiempo. Meléndez J. señala, con respecto a las estrategias de afrontamiento y las características sociodemográficas de las personas mayores participantes, que la elección de una estrategia de afrontamiento sobre otra está impactada principalmente por la naturaleza del estrés y las condiciones en las que se genera o sucede (19).

Adicionalmente, Meléndez J. señala que la selección de una estrategia de afrontamiento sobre otra está influenciada principalmente por las características sociodemográficas de los adultos mayores participantes. Por ejemplo, las técnicas de resolución de problemas funcionan mejor en circunstancias en las que uno realmente puede lograr algo útil, pero las soluciones basadas en emociones funcionan mejor en circunstancias en las que todo lo que se puede hacer es aceptar el problema tal como es. Incluso si asumimos que esta dicotomía es correcta, investigaciones más recientes han demostrado que existe una variedad de formas de afrontamiento, como escalas para medir el afrontamiento (19).

El propósito del estudio fue evaluar estrategias de afrontamiento de la diabetes mellitus tipo II en adultos mayores con el fin de sensibilizar al usuario sobre la importancia del manejo adecuado de la enfermedad, teniendo en cuenta características sociodemográficas como el sexo, nivel educativo y estado civil. estado de cada individuo, así como las estrategias de afrontamiento que le permitan al paciente ejercer una influencia efectiva en el manejo del tratamiento de la diabetes, en la aceptación de la de la enfermedad. La capacidad de hacer frente a una realidad depende de la naturaleza del factor estresante, así como de las circunstancias en las que tiene lugar. Además, una serie de otros factores también pueden desempeñar un papel, incluidas variables externas como el apoyo social, el apoyo económico y la dimensión cultural, así como variables internas como creencias,

patrones de comportamiento, capacidad de adaptación y afectos, todos ellos. que pueden interferir o incluso potenciar positiva o negativamente el estresor (47).

Aunque todavía no se han realizado muchos estudios sobre el vínculo entre los mecanismos de afrontamiento y la diabetes, sabemos que la forma en que las personas diabéticas lidian con el estrés tiene una conexión con el desarrollo y la progresión de la enfermedad. Este escenario puede atribuirse al lugar que ocupa la mujer en la cultura chotana. Como cuidadoras familiares, las mujeres de la sociedad chotana suelen adoptar una actitud pasiva frente a su salud, rechazando el tratamiento médico y los cuidados necesarios, hasta el punto de aceptar enfermedades con implicaciones irreversibles. Los datos que se muestran en la Tabla 5 contradicen los presentados por Asenjo en relación con las características sociodemográficas de los participantes: Los pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 tendían a ser casados, con una edad media de 69 años (42).

Los pacientes tenían una tasa de nupcialidad del 81,4%, siendo los hombres casados la mayor proporción del total (56,5%). Esta investigación puede contrastarse con la de Santos, J., en la que la mayoría de los participantes eran mujeres, ancianas, casadas, con estudios primarios completos, propietarias de vivienda, con dos comorbilidades relacionadas con la diabetes y diagnosticadas entre los seis y los 10 años. años antes (48).

Porque esta es la etapa en la que se cree que el tratamiento es efectivo sin la ayuda de otras personas, y se cree que la independencia de la persona está en su apogeo, estilos de vida saludables y predominio en las mujeres debido a las múltiples actividades que realiza, y por ser ama de casa, y un grado de instrucción primaria que influye en el ignorante, se prolongará que la mayor incidencia de diabetes mellitus se presentó entre las edades de 60 y 69 años en el estudio. Esto se hará porque se cree que el tratamiento se descubrió que las variables sexo, edad, estado civil, ocupación y horas de cuidado

tienen una relación estadísticamente significativa con el grado de sobrecarga, en contraste con el nivel de educación, vivienda estrato y parentesco, que no están directamente relacionados con la percepción de sobrecarga (49).

Esto es algo que Bucaramanga, J. señala. En conclusión, los resultados de la prueba Chi<sup>2</sup>, que se muestran en la tabla 6, sugieren que las variables, de hecho, tienen una conexión estadística. A pesar de que los gobiernos están obligados a proteger a las personas mayores por la ley y la constitución respectivamente, actualmente las personas mayores no reciben la atención que merecen. Como resultado, es muy necesario aumentar la conciencia y el interés entre las generaciones más jóvenes de hoy. Schwartzmann, L. Manifestó que la calidad de vida del adulto mayor debe ser una vida llena de satisfacción, tanto en el bienestar subjetivo como emocional, en el desarrollo como persona, y en las diferentes presentaciones lo que conlleva un estilo de vida digno (50).

Este estudio tiene como objetivo examinar el proceso de afrontamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en relación con las estrategias de afrontamiento. Mejorará la calidad de vida de las personas al mejorar su comprensión del significado de la enfermedad y las medidas preventivas. La práctica de cuidar la propia vida, la salud y el bienestar general es a lo que se refiere el "autocuidado" en la terminología del concepto de Callista Roy. integrar al usuario en todos los ámbitos, disminuyendo así su vulnerabilidad al estrés, y concienciar sobre la integración del usuario en las múltiples actividades programadas por los profesionales de la salud son pasos importantes en este proceso (15).

### **Contrastación de la hipótesis**

Regla de Decisión:

Si NS (nivel de sig.)  $=P < 0,05$  se rechaza  $H_0$ . Y se acepta  $H_1$  (Existe una asociación significativa entre calidad de vida y las estrategias de afrontamiento), Caso Contrario se acepta  $H_0$ .

Al contrastar la hipótesis se encontró que si existe relación estadística significativa entre la calidad de vida y estrategias de afrontamiento. ( $P=0,0356$ ).

## **CAPITULO VII**

### **7.1 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS**

#### **7.1.1 FORMULACIÓN DE LA PROPUESTA**

La razón detrás de la proposición

La diabetes mellitus ha sido abordada en la nación desde afuera, con esfuerzos multisectoriales e intergubernamentales que sustentan una intervención efectiva para su mejoramiento. Esta estrategia ha tenido éxito en la reducción de la prevalencia de la diabetes, reconociendo a la familia no sólo como beneficiaria sino también como conducto de los servicios prestados por los peritos médicos.

#### **7.1.2 El objetivo general**

Mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor con diabetes mellitus de la ciudad de Chota.

A través de los programas de salud de los Gobiernos Central, Regional y local, las medidas de prevención llegan a ser efectivas, pueden sostenerse y podrán replicarse a medida que miembros familiares conozcan su problema y pueda abordarse en familia, mejorando así la calidad de vida del adulto mayor y de la familia en su conjunto.

Las familias de las zonas rurales se caracterizan por una gran demanda de servicios curativos y de rehabilitación. Esto indica acuden a los servicios de salud cuando presentan alguna sintomatología manifiesta con dolor, lo que hace que sea una enfermedad en estadios avanzados, dificultando el tratamiento, y en enfermedades prevenibles, provocando desinterés y la no participación de los que en un inicio se afiliaron.

El problema de la disminución en la calidad de vida en los adultos diabético se atribuye entre otras cosas a la falta de manejo adecuado y efectivo de la enfermedad en los centros de salud, donde los pacientes suelen acudir solos y no comparten los hallazgos con sus familias, ignorando los consejos médicos. Esta deficiente gestión de la diabetes en adultos contribuye significativamente al problema de la baja calidad de vida. La razón detrás de la presentación de esta propuesta es mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes en la zona de Chota, y se busca lograr este objetivo mediante la implementación de acciones preventivas y fomentando la participación de la familia en el proceso de prevención y cuidado.

Para respaldar esta propuesta, se basa en la teoría de la acción y el modelo de creencias sobre de salud, que sustentan esta intervención propuesta. Estas teorías proporcionan el marco necesario para justificar y fundamentar nuestras acciones beneficio de la salud y sobre todo en la calidad de vida de los adultos mayores con esta enfermedad. Hay dos escuelas primarias de pensamiento dentro del campo de la teoría de la acción. El primero afirma que los individuos se comportan en función de los entornos en los que se encuentran, mientras que el segundo afirma que las personas actúan en función de los ideales y principios que defienden.

En cuanto a la propuesta, estamos a favor de la que afirma que los valores son el componente más significativo, que la circunstancia es la parte menos relevante y que el aspecto más importante es lo que una persona cree, piensa y cree porque las personas se comportarán de acuerdo con lo que piensen o sean conscientes, y si creen o son conscientes de algo, actuarán. Y si la explicación del comportamiento depende así de las condiciones internas de la persona, entonces la educación es el componente más importante, ya que no podemos los momentos circunstanciales si no interviene en el estilo de vida de las personas.

El modelo de creencias sobre salud se basa en las siguientes tres hipótesis: la concepción o creencia de un problema es demasiado grave para que recién se tome atención, nuestras creencias con las que somos susceptibles a los problemas nos pueden conducir a beneficios o nos puede costar la salud porque es la forma en la que hacemos frente los problemas. Según el Modelo de Creencias de Salud, cuando concurren de forma congruente los tres elementos puede ayudar a adquirir determinados prototipos de comportamiento, en esta situación serán ventajosos para la práctica de medidas preventivas. Además, la congruencia de estos tres factores mencionados también ayudara en la adquisición de creencias sobre la salud y la enfermedad (51).

**7.1.3 Metodología a emplearse.** En los miembros de cada familia desarrollen hábitos alimentarios y rutinas de ejercicio más saludables, así como abandonen el sedentarismo en favor de prácticas de vida saludables, es necesario utilizar una estrategia activa y participativa, que redunde en definitiva en un proceso de aprendizaje constructivista. La familia ganó gradualmente su independencia gracias al constructivismo, que también elevó a la familia a una posición de autoridad en la construcción de su propio cuerpo de conocimiento.

#### **7.1.4 Estrategias y métodos pedagógicos**

Es un método de planificación que puede usarse para el plan de ejecución claramente relacionado con el objetivo final. El enfoque que se utilizará se conoce como metodología educativa de proyectos (metodología de proyectos: los miembros de familia desarrollan sus enseñanzas mediante la realización de proyecto, donde organizan, realizan las acciones con la finalidad de prevención de la diabetes.

#### **7.1.5 Los pasos involucrados en un proceso.**

**Fase I.** La identificación del problema por diagnóstico constituye la primera fase. El primer paso para desarrollar un proyecto es averiguar cuál es el problema que debe

solucionarse (en este caso, la diabetes).

**Fase II.** La siguiente fase se centra en la organización y la planificación. El proceso de planificación consta de dos fases distintas: La planificación de proyectos y la preparación de lecciones. Cada miembro de la familia contribuye al desarrollo del proyecto.

- "por qué" y "para qué" a lo largo del proceso.
- La razón de ser del proyecto
- Las actividades que es necesario realizar (medidas preventivas).
- Las provisiones.
- La fecha y lugar del evento.
- Responsable (miembros de la familia).

El agente de salud será quien elabore la planificación didáctica, en la que identificará las habilidades y conocimientos que los familiares adquirirán a lo largo del proyecto, además del andamiaje, apoyo y asistencia y diferente tipo de actividades que requerirán del que facilita.

**Fase III. Ejecución.** Esto se hará durante planificación didáctica que elaborará el agente de salud. La tercera y última etapa se conoce como la ejecución. Se compone de miembros de la familia que realizan acciones planificadas (medidas preventivas) con la asistencia y mediación de especialistas (endocrinólogo y nutricionista) que trabajan en el campo médico. Cuando pase este período, la familia habrá agotado todas sus opciones en la lucha contra la diabetes mellitus.

#### **Fase IV: Evaluación**

Es fundamental llevar a cabo una evaluación que permita analizar los avances y desafíos en cada paso del estudio, relacionado con el logro de los objetivos establecidos. En esta revisión se considerará la idoneidad de las actividades realizadas, los recursos empleados, la participación de los familiares, la calidad y cantidad de la asistencia recibida, y otros

aspectos relevantes. Tomando un enfoque pedagógico.

- Discusión.
- La elaboración de juegos de cartas.
- Una forma creativa de pensar.
- Funciones a realizar en el lugar.

**7.1.6 La transformación de la proposición en una forma.** En este apartado se seguirán numerosas estrategias y acciones para la participación familiar, desvelando un plan de intervención que promueva la participación, autónoma, consciente y estructurada. En última instancia, el objetivo de esta intervención es mejorar los resultados. Nuestra esperanza es que, mediante la implementación de estas actividades, podamos involucrar a los miembros de la familia (y, si es posible, también a los miembros de la familia extensa) en el proceso de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Además, si no tomamos conocimiento a aprovechar las diferentes tácticas disponibles, nos arriesgamos a mantener la participación familiar en un proceso monótono e insatisfactorio. Con esta intervención, nuestro objetivo es aumentar al máximo el grado de participación e intensificar la conexión las familias y el personal de salud. Deseamos por estar lejos de la idea que tienen los miembros de la familia solo son contratados para ayudar y brindar compañía, o como un recurso para aliviar la carga de trabajo del personal de salud en momentos de mayor demanda.

En cambio, buscamos considerarlos como un componente esencial del sistema de salud y lograr un compromiso genuino por parte de ellos. Con la implementación de esta propuesta, aspiramos a mejorar significativamente la participación de los familiares en todas las etapas del proceso de prevenir el diferente tipo de enfermedades y en la práctica de la promoción de la salud. Es una práctica normal que los servicios de salud y los programas sociales, como la pensión 65, realicen reuniones grupales y masivas. Las

mujeres muestran una mayor preferencia por asistir regularmente a estas sesiones con el propósito de adquirir conocimiento de las diferentes estrategias que previenen la diabetes mellitus. Sin embargo, se ha observado que muchas de estas sesiones se han limitado a discursos ofrecidos por expertos en salud a los familiares, sin brindarles la oportunidad de plantear preguntas, discutir temas o abordar problemas.

### **7.1.7 COSTOS INVOLUCRADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN REAL DE LA PROPUESTA**

La ejecución del plan: plazo seis meses y su financiamiento se detalla a través de las siguientes categorías:

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDADES	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL
papelógrafo	und.	100	0.5	50
Cartulina	und.	100	0.5	50
Plumones	Caja	3	30	60
Tape Mas King	und.	3	30	25
Lapiceros	Caja	4	25	50
servicios				
fotostáticas	und.	700	0.1	50
Imprimir imágenes y fotos	und.	200	0.5	100
Refrigerio	día	125	2	240
Honorarios				
Personal de salud	persona	1	2500	1500000
Asistente	persona	1	1800	1080000
TOTAL				S/ 26,425

### **7.1.8 LAS VENTAJAS QUE SE PUEDEN OBTENER A TRAVÉS DE LA PARTICIPACIÓN EN LA PROPUESTA**

- Activar recursos tanto internos como externos hacia el objetivo de prevenir enfermedades crónicas y mejorar la salud.
- Los individuos, los núcleos familiares y toda la comunidad en general asumirán parte de la responsabilidad de la atención médica de los demás.
- Incrementar la eficacia y productividad de las estrategias preventivas destinadas a individuos con riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.
- Aprovecha al máximo los recursos a tu disposición en la batalla contra la diabetes.
- Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad que experimentan los adultos mayores.

## CONCLUSIONES

1. En su mayoría las personas con diabetes mellitus tienen edades comprendidas entre 60 y 69 años, son mujeres, tienen primaria y están casadas. Este grupo presenta la mayor proporción de la población afectada por la diabetes.
2. Las personas casadas, con edades entre 60 y 69 años, y que habían completado al menos parte de la educación primaria, experimentan una calidad de vida media.
3. Los adultos mayores de 65 años o más presentan una calidad de vida promedio.
4. Entre todas las estrategias de afrontamiento disponibles, este grupo tiende a depender más de sus creencias religiosas.
5. Existe una relación directa y significativa entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas mayores con diabetes mellitus tipo II que asisten a las consultas externas en el Hospital de Chota.

## RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

### **A quienes trabajan en la industria del cuidado de la salud y a los directores:**

A los responsables del Programa del Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas, promover la colaboración e implementar un plan de trabajo inclusivo que contemple actividades orientadas a mantener un nivel de calidad de vida digno para los adultos mayores con diabetes mellitus.

Los trabajadores del Programa de Adultos Mayores, realizar actividades de seguimiento y monitoreo constante a personas con enfermedades crónicas, asegurándose de tomar las medidas correctivas adecuadas en caso de que surjan enfermedades moderadas o problemas graves de salud.

**A los docentes de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca:**

Es importante fomentar un enfoque cuantitativo y cualitativo en la investigación que tome en cuenta los problemas de salud actuales, con especial énfasis en enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus.

Para prevenir y diagnosticar enfermedades crónicas, reduciendo así el riesgo de problemas futuros, se anima a los estudiantes a participar en la creación y ejecución de programas educativos dirigidos a personas mayores.

Impulsar la creación de un servicio de voluntariado social enfocado en los adultos mayores con la colaboración de estudiantes y docentes. Además, se deben promover actividades de proyección y extensión, dentro y fuera del ámbito universitario, para diagnosticar y tratar diversas problemáticas físicas y psicológicas que enfrentan las personas mayores.

Tomar en consideración los resultados de la investigación como hoja de ruta para la realización de futuros estudios, y profundizar en el análisis de las dificultades socio sanitarias que vive la población adulta mayor, independientemente de que se encuentre bien o enferma.

## **A los alumnos y ex alumnos de la Universidad Nacional de Cajamarca**

Realizar nuevas investigaciones con enfoques diversos, empleando los instrumentos propuestos, ampliando la muestra de estudio y, a corto plazo, difundiendo los resultados para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y detectar posibles riesgos a través del análisis social.

Como parte de su labor de servicio comunitario y ayuda a las personas mayores necesitadas, es importante que se involucren activamente en actividades que promuevan la salud y prevengan enfermedades.

Reconocer la importancia del cuidado y la atención que las personas mayores brindan a los adultos más jóvenes.

### **A los actuales adultos mayores:**

Participar en programas educativos dirigidos a los adultos mayores con DM desde el momento del diagnóstico, que le permita conocer sobre la enfermedad para lograr el autocontrol y la adherencia al tratamiento; incluir a la familia y su red de soporte social; asimismo, debe ser estructurada y estar orientada al autocuidado. La intervención educativa es parte integral de la atención de todas las personas que sufren la enfermedad.

Se debe educar:

- Desde el momento del diagnóstico.
- De manera continua.
- A solicitud.

Se recomienda a los adultos mayores una dieta adecuada considerando fraccionar para una mejor adherencia a la dieta reduciéndolos picos glucémicos postprandiales y resulta especialmente útil en las personas con el uso de insulina.

Se sugiere que la ingesta diaria de calorías deberá estar de acuerdo al peso de la persona y su actividad física.

En las personas con sobrepeso y obesidad, una reducción entre el 5% al 10% del peso corporal le brinda beneficios significativos en el control metabólico.

La ingesta de grasas debe estar entre el 20% al 35% de la energía diaria consumida.

La ingesta de proteínas debe estar entre el 15% al 20% de la ingesta calórica diaria correspondiendo entre 1 a 1.5 gramos por kilo de peso corporal como en la población general, pacientes con daño renal ajustar ingesta a 0.8 gramos por kilo de peso corporal.

La ingesta de carbohidratos debe ser entre el 45% al 55%.

Se recomienda la ingesta de fibra entre el 25 a 50 gramos por día o 15 a 25 gramos por 1000 Kcal consumidas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Chan M. Biblioteca de la OMS: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. ISBN 978 92 4 356504 0 (Clasificación NLM: WT 104) ISBN 978 92 4 069485 9 (e Pub) ISBN 978 92 4 069486 6 (Daisy) ISBN 978 92 4 069487 3 (PDF) OMS. 2019 citado mar. 2020.  
Disponible en:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf).
2. Aponte C. Calidad de Vida en la tercera edad. Ajayu [online]. 2015, vol. 13, N° 2, pp. 152-182. ISSN 2077-2161. AGO.; 13(2): p. 152 – 182. Citado en: marzo 2020 Disponible en:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&nrm](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&nrm)
3. Rubio D. Rivera L. Borges L. González F. Rivera R. calidad de vida del Adulto Mayor. FIAPAM. 2019 citado mar. 2020.  
Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
4. Blouin C. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política ISBN: 978-612-47767-5-5 2018. Citado mar. 2020.  
<https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf>.
5. Costa F. Instituto Nacional De Estadística E Informática 2018.  
[https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1558/06\\_TOMO\\_01.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1558/06_TOMO_01.pdf).
6. Tirado E. Mamani, F. La situación de la población adulta mayor en el Perú. Tesis doctoral. Salud: pontificia universidad católica del Perú, Lima; 2018. Reporte N°.: isbn: 978-612-47767-5-5. Citado feb. 2020.  
Disponible en: <http://idehpucp.pucp.edu.pe>
7. Gamboa C. Percepción del paciente con diabetes mellitus. Tesis licenciatura. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, de medicina; 2013. Citado enero 2020  
Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3625>
8. Tirado E. Mamani, F. La situación de la población adulta mayor en el Perú. Tesis doctoral. Salud: pontificia universidad católica del Perú, Lima; 2018. Reporte N°.: isbn: 978-612-47767-5-5. Citado feb. 2020.  
Disponible en: <http://idehpucp.pucp.edu.pe>
9. Figueredo K. Gafas C. Pérez M. Brossard E. García C. Valdivieso M. Dimensiones de Calidad de vida afectadas en pacientes diabético. Ecuador 2020 Rev. Cubana Enfermer vol. 36 N° 1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2020 E pub 01-Mar-2020.  
Disponible en : [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192020000100003&lang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000100003&lang=es).

10. Palacios U. Arango, M. Ordoñez J. Alvis, N. Calidad de vida de pacientes con diabetes. CES Psicología. 2019 junio; XII (3). Citado enero 2020.  
Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4733>
11. Manchay H. Calidad de vida en personas con diabetes mellitus atendidos en un hospital nacional de Lima. Peruvian Journal of Health Care and Global Health. 2019 Abril; II (1). Citado mar. 2020.  
Disponible en: <http://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/20>.
12. Mazacón B. Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud. Tesis Doctoral. Ecuador: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, salud; 2017. Citado feb. 2020.  
Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6561>
13. Samaniego R. García, A. Sánchez, F. Del río, M. Esparza, O. Afrontamiento y su relación con la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en Zacatecas, México. European Journal of Health Research. 2018 Abril; IV (01): p. 19. Citado enero 2020.  
Disponible en: <https://formacionasunivep.com/ejhr/index.php/journal/article/view/87>
14. Pérez J. El Positivismo y la Investigación Científica. Empresarial. 2015 setiembre; IX (29 - 34). citado feb. 2020.  
Disponible en: <https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-empresarial/index.php/empresarial-ucsg/article/view/20>.
15. Arantzazu E. Revista electrónica de portales médicos. Modelo de Adaptación de Callista Roy. Com. ISSN 1886-8924 – Publicación de artículos, casos clínicos, etc. de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud octubre 2018. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/modelo-de-adaptacion-de-callista-roy-aplicacion-a-un-caso-clinico/>
16. Naranjo C. Concepción J. Rodríguez M. Revista Gaceta Medica Espirituana Gac Méd. Spirit vol. 19 N° 3 Sancti Spiritus set.-dic. 2017.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009).
17. Lázarus R. Folkman S. Estrés, evaluación y afrontamiento. New York, NY 10036-8002, editor Springer Publishing Company, 1984 ISBN 0826141927, 9780826141927. Lázarus, R. y Folkman, S. (1986): Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. Citado enero 2021.
18. Pérez M. Rodríguez, N. Estrategias de afrontamiento. Revista costarricense de Psicología. 2011; XXX (45 - 46). Citado feb. 2020  
Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819007.pdf>.
19. Bermejo E. Estrategias de Afrontamiento. Sscience. 1997. Citado mar. 2020.  
Disponible en: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/59843>

20. Cáceres F. Parra, L. Pico, O. Calidad de vida relacionada con la salud. Salud Publica. 2018 abril; XX (2). Citado enero 2020. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2018.v20n2/147-154>
21. Meléndez J. Delhom I. Satorres E. Las estrategias de afrontamiento: relación con la integridad y la desesperación en adultos mayores. Elsevier. 2020 enero - junio; XXVI (1). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-192296>
22. Carrillo R. Bernabé A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2019 junio - Marzo; XXXVI (1). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342019000100005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000100005)
23. Mesa J. Falcón E. Velasco E. Salud J. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista ALAD. com. 2019 diciembre. Citado enero 2020. Disponible en: [https://www.revistaalad.com/guías/5600AX191\\_guías\\_alad\\_2019.pdf](https://www.revistaalad.com/guías/5600AX191_guías_alad_2019.pdf).
24. Asociación Americana de Diabetes ADA 2020 y ALAD. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo. 2021; IV (1). Citado mar. 2021. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/issue/view/10>
25. Arteaga E. Martines M. Romero G. Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2019; XXVII (1). Citado mar. 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87304>.
26. Asociación Americana de Diabetes ADA 2020 y ALAD. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo. 2021; IV (1). Citado mar. 2020. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/issue/view/10>
27. Izquierdo M. Estrategias de Afrontamiento. Tesis. Chiclayo: Universidad Cesar Vallejo, Psicología; 2020. Citado mar. 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/54117?show=full>
28. Murgieri M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009. Acceso nov. 2019  
Disponible en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf).

29. Folkman, S. Lázarus, R. Gruen, R. Delongis A. Valoración, afrontamiento, estado de salud y síntomas psicológicos. *Apa PsycNet*. 1986 marzo; L (3). Citado mar. 2020. Disponible en. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a07.pdf>
30. Londoño, N. Henao, G. Puerta, I. Posada S, Arango D, Aguirre C. Propiedades Psicométricas Y Validación De La Escala De Estrategias De Coping Modificada (EEC-M). *Universitas Psicológica*. 2006 mayo - Agosto; V (2). citado enero 2020. Disponible En. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750210.pdf>
31. Costa F, Sánchez A, Hidalgo N. Situación de la población adulta mayor enero- febrero – marzo 2018. Citado feb. 2020. Disponible en:[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02\\_adulto\\_ene-feb\\_mar2018.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf)
32. Global Health Estimates 2016: Life expectancy, 2000–2016. [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/en/](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/) Geneva, World Health Organization; 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>.
33. García, G. Portal de Transparencia Estándar. [Online].; 2021 [cited 2021 November 25. Available from: hyperlink. Disponible en: [http://www.diresacajamarca.gob.pe/media/portal/DMZDE/documento/14624/Oficio\\_de\\_comunicaci%C3%B3n\\_Plan\\_e\\_informe\\_JHSC.pdf?r=1624554882](http://www.diresacajamarca.gob.pe/media/portal/DMZDE/documento/14624/Oficio_de_comunicaci%C3%B3n_Plan_e_informe_JHSC.pdf?r=1624554882)
34. Municipalidad Provincial de Chota. Ubicación geográfica [En línea]. 2019 [citado 08 octubre 2021]. Imagen institucional, diciembre 2019. Disponible en: <https://www.muniChota.gob.pe/index.php/municipalidad/ubicación>
35. Hernández, R. Mendoza, C. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana. 2018 diciembre; IV (1). Citado enero 2020. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
36. Simón, Y. Viñas, E. Góngora, I. Ética e investigación científica en enfermería. *Investigaciones Medico quirúrgicas*. 2020 diciembre; XII (3). Disponible en: <http://www.revciameq.sld.cu/index.php/imq/article/view/651>
37. Maturana, H. La objetividad científica y la subjetividad según Humberto Maturana *Revista Espacios Educación • Education • Educação • Vol. 41 (35) 2020 • Art. 8* Recibido/Receiver: 08/06/2020 • Aprobado/Approved: 22/08/2020 • Publicado/ /Publisher: 17/09/2020. Citado feb. 2020. <http://www.revistaespacios.com/a20v41n35/a20v41n35p08.pdf>.
38. Martínez, J. Loaiza, J. Ramos, S. Mauri, S. Pájaro, M. Plaza, K. Calidad de vida en el Adulto Mayor con Diabetes tipo II. 2022 *Revista Salud Uninorte*. Salud,

Barranquilla vol.37 no.2 Barranquilla May/Aug. 2021Epub May 11,2022. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522021000200302&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522021000200302&lang=es)

39. Alvares, M. Recursos psicológicos y estrategias de afrontamiento en migrantes venezolanos URI <http://hdl.handle.net/20.500.12237/2107> Revista Unicatolica fundación universitaria. Acceso mar. 2020. <https://repository.unicatolica.edu.co/handle/20.500.12237/2107>
40. Macías, M. Madariaga, C. Valle, A. Zambrano, J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico Psicología desde el Caribe, vol. 30, núm. 1, enero-abril, 2013, pp. 123-145 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia. Citado mar. 2020. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>.
41. Cascaes, F. De la Rosa, R. Valdivia, B. Barbosa, F. da Silva, R. Oliveira, M.A. Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2 Revista de Psicología del Deporte, vol. 26, núm. 1, 2017, pp. 13-25 Universidad de les Illes Balears Palma de Mallorca, España. citado ene. 2020. <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235149687002.pdf>.
42. García, A. Sánchez, F. Del Rio, M. Esparza, O. Afrontamiento y su relación con la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en Zacatecas México. 2015. Citado mar. 2020. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Codigo=7039093>.
43. Gonzales A. Padilla, A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad México. Universitas Psychologica, vol. 5, núm. 3, octubre - diciembre, 2006, pp. 501-509 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. Citado enero 2020. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750306.pdf>.
44. Nieto E. Parra, C. Características sociodemográficas y adherencia farmacológica en adultos mayores con diabetes e hipertensión arterial. Citado feb. 2020. <https://revistas.sena.edu.co/index.php/rediis/article/view/3324/4300>.
45. Martínez J. Loayza, J. Ramos, S. Maury, S. Pájaro, M. Plaza, K. Calidad de vida en el adulto mayor con Diabetes mellitus tipo II. Rev. Salud Uninorte Vol. 37 (2) - 2021 ISSN 0120-5552 Ei SSN 2011-7531. Citado ene. 2020. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v37n2/2011-7531-sun-37-02-302.pdf>.
46. Barros, F. Mesa, I. Ramírez, A. Análisis del Afrontamiento a la Diabetes Mellitus tipo II. Universidad, Ciencia Y Tecnología Vol. 25, N° 110 septiembre 2021 (pp. 191-197). [File:///C:/Users/USUARIO/Downloads/491-Art%C3%adculo-1523-1-10-20210827%20\(4\).pdf](File:///C:/Users/USUARIO/Downloads/491-Art%C3%adculo-1523-1-10-20210827%20(4).pdf).
47. Asenjo, J. Caracterización sociodemográfica y patológica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro médico de Perú. Rev. Fin lay vol. 11 N° 2 Cienfuegos abr.-jun. 2021 Epub 30-Jun-2021. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S222124342021000200182&script=sci\\_arttext&tlneg=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S222124342021000200182&script=sci_arttext&tlneg=en).

48. Santos, J. Calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus monitoreadas por la Unidad Básica de Salud. *Vecimed Revista Cubana de Enfermería*. 2021;37(1): e3536. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v37n1/1561-2961-enf-37-01-e3536.pdf>.
49. Bucaramanga, J. características demográficas asociadas a la sobrecarga de cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta. *Revista Cuidarte Versión impresa ISSN 2216-0973 Rev. Cuid* vol. 4 N° 1 Bucaramanga Ene. 2013. Citado ene. 2020. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732013000100005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732013000100005).
50. Schwartzmann, L. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales [Ciencia Y Enfermería](#) *Versión On-Line* Issn 0717-9553 *Cienc. Enferm.* V. 9 N° 2 Concepción dic. 2003. (acceso octubre 2021). Disponible en [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002).
51. Andrade, S. Antonio, M. Cerezo, A. Creencias en salud de la persona que vive con Diabetes Mellitus *Desarrollo Cientif Enferm.* Vol. 20 N° 8 septiembre, 2012. <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-255.pdf>.

## APÉNDICE 01

### APARATOS PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN

WHOQOL-BREF es un instrumento que mide la calidad de vida.

#### I. INTRODUCCIÓN GENERAL

Buenas horas, soy estudiante del doctorado en salud de la Universidad Nacional de Cajamarca y vengo a solicitar su colaboración para que me brinden alguna información que pueda revelar aspectos relacionados con su calidad de vida y apoyo social. Muchas gracias por su tiempo y consideración. No hay una respuesta correcta a ninguna de las preguntas de esta prueba. Además de brindar respuestas veraces, por favor enfatice que su información se mantendrá privada y secreta. Si tiene alguna consulta, por favor diríjala a la persona a cargo.

#### INSTRUCCIONES Y OTROS REQUISITOS II.

Antes de comenzar, le agradecería que respondiera las siguientes preguntas sobre usted en general: Coloque una X junto a la respuesta correcta o la respuesta que debe ir en el espacio en blanco.

tercer ejemplo de DATOS GENERALES a. Número total de años vividos:

b. El sexo de la persona entrevistada: 1. una mujer () 2. un chico ()

C. Estado en el ámbito conyugal: 1. soltero () 2. casado () 3. divorciado () 4. viudo () 5. viviendo en un hogar compartido ().

d. Nivel educativo: 1. Sin educación () 2. El nivel primario; 3. El nivel secundario; 4. El nivel profesional.

mi religión, que incluye el catolicismo y el evangelicalismo. otro

Ocupación: activo () jubilado () F.

#### MARQUE SOLO UNA RESPUESTA ESTA VEZ

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

mal		mal	ante bien	bien
1	2	3	4	5

2. ¿En qué medida se siente satisfecho con su estado de salud actual? Las preguntas que siguen le pedirán que califique el grado en que ha estado expuesto a ciertos sucesos durante las últimas dos semanas.

mal		Lo normal	Bastante bien	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

3. ¿Cree que la incomodidad (física) le impide realizar las cosas que necesita hacer?

	Un poco	Lo normal	bastante	extremadamente
1	2	3	4	5

4. ¿En qué medida necesita la asistencia de terapia médica para poder operar en su día a día?

	Un poco	Lo normal	Bastante bien	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto te gusta vivir?

nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto cree que las decisiones que ha tomado en su vida han sido significativas?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Extremadamente

7. ¿Qué tipo de habilidades de concentración posee?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Extremadamente

8. ¿De qué manera se siente cómodo con su vida normal?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Extremadamente

9. ¿De qué manera se podría mejorar el entorno físico que te rodea?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Extremadamente

Las preguntas que siguen lo desafiarán a reflexionar sobre "cuán completamente" pudo disfrutar de varias actividades durante las últimas dos semanas.

10. ¿Sientes que tienes suficiente energía para pasar el día?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Totalmente

11. ¿Puedes estar bien con la forma en que te ves?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Extremadamente

12. ¿Tiene fondos suficientes para cumplir con todas sus obligaciones financieras?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	totalmente

13. ¿Con qué facilidad tiene acceso a la información que necesita en su vida diaria?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Extremadamente

14. ¿Hasta qué punto puede participar en actividades que se consideran recreativas?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Extremadamente

15. ¿Tiene la capacidad de moverse de un lugar a otro? Las preguntas que siguen están diseñadas para obtener respuestas sobre "cuán satisfecho o bien" se ha sentido en muchas facetas de su vida durante las últimas dos semanas.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Extremadamente

16. ¿Sientes que descansas lo suficiente durante la noche?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Muy satisfecho

17. ¿En qué medida se siente satisfecho con su competencia para realizar las tareas de la vida diaria?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Muy satisfecho

18. ¿En qué medida se siente satisfecho con su capacidad de trabajo?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Muy satisfecho

19. ¿Hasta qué punto está satisfecho con lo que es?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Muy satisfecho

20. ¿Diría que está contento con las conexiones personales en su vida?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Muy satisfecho

21. ¿Qué tan contento estás con tu situación sexual actual?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Muy satisfecho

22. ¿En qué medida está satisfecho con el apoyo que recibe de sus amigos?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Muy satisfecho

23. ¿Qué tan contento está con las circunstancias que rodean el lugar donde reside ahora?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Muy satisfecho

24. En su opinión, ¿el acceso que tiene a la atención médica cumple con todos sus requisitos?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Muy satisfecho

25. ¿Diría que está contento con la forma en que se mueve? La siguiente consulta es sobre la regularidad con la que ha sentido o experimentado ciertas emociones en el transcurso de las últimas dos semanas.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Normal	Bastante bien	Muy satisfecho

26 ¿Con qué frecuencia experimenta emociones desagradables o se dice a sí mismo como desesperación, desesperanza, preocupación o depresión?

1	2	3	4	5
Nunca	raramente	Medianamente	frecuentemente	siempre

¿Ha ayudado a un amigo o familiar a completar el cuestionario?

-----  
-----

¿Cuánto tiempo necesitaste para responder?

-----  
¿Tiene alguna idea para compartir en el cuestionario?

.....  
.....

**Anexo N° 02**  
**ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COOPERATIVA – MODIFICADA (CEE-M)**

Londoño N.H., Henao G.C., Puerta I.C., Posada S.L., Arango D., and Aguirre, D.C. (2005)1, Grupo de Investigación de Estudios Clínicos y Sociales en Psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia.

Instrucciones: La siguiente es una lista de muchos enfoques que las personas utilizan para hacer frente a los problemas o circunstancias difíciles que surgen en sus vidas. Los métodos para manejar situaciones difíciles que se discuten aquí no son ni buenos ni malos, ni mejores ni peores. Es solo que algunas personas usan ciertos tipos con más frecuencia que otras, según la naturaleza del problema. Haga un esfuerzo por recordar las diversas o más desafiantes circunstancias que haya enfrentado en los últimos años, y luego responda colocando una "X" en la columna indicada por la flecha (↓), que contiene el número que representa con mayor precisión la frecuencia con que ha adoptado este patrón de comportamiento cuando se enfrenta a situaciones estresantes.

Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi nunca	siempre
1	2	3	4	5	6

		↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1
1.	Hago un esfuerzo por actuar como si nada hubiera pasado	1 2 3 4 5 6												
2.	Me desvíó mi atención del problema momentáneamente (alejándome por unos minutos). Como vacaciones, descansos, etc	1 2 3 4 5 6												
3.	Hago mi mejor esfuerzo para bloquear el problema de mi mente.	1 2 3 4 5 6												
4.	Me desquito con otras personas cuando me siento deprimido	1 2 3 4 5 6												
5.	Hago un esfuerzo por ver el lado positivo de la situación	1 2 3 4 5 6												
6.	Hablo de mis sentimientos con mis seres queridos o amigos cercanos.	1 2 3 4 5 6												
7.	Busco formas de mejorar mi comprensión del problema; y profesional	1 2 3 4 5 6												





43.	Mejor niego que tengo problemas	1 2 3 4 5 6																		
44.	Me saca de mis casillas constantemente	1 2 3 4 5 6																		
45.	No puedo expresar lo que siento	1 2 3 4 5 6																		
46.	Trato de ver el lado positivo de la vida	1 2 3 4 5 6																		
47.	Pido ayuda a un amigo cercano cual es la solución más apropiada	1 2 3 4 5 6																		
48.	Solicito ayuda psicológica para enfrentar la situación	1 2 3 4 5 6																		
49.	Voy a la iglesia a orar y prender velitas	1 2 3 4 5 6																		
50.	Yo creo que las cosas por si solas se solucionan	1 2 3 4 5 6																		
51.	Veo el lado positivo y negativo	1 2 3 4 5 6																		
52.	Es muy difícil relajarme																			
53.	Trato en lo posible ocultar mis sentimientos	1 2 3 4 5 6																		
54.	Me ocupo en otras actividades para olvidarme del problema	1 2 3 4 5 6																		
55.	Así quiera no voy a llorar	1 2 3 4 5 6																		
56.	Tengo muy presente “al mal tiempo buena cara”	1 2 3 4 5 6																		
57.	Expreso mis sentimientos con algún familiar	1 2 3 4 5 6																		
58.	Busco mucha información por intermedio de los profesionales	1 2 3 4 5 6																		



**Anexo N° 03**

Numero de cuestionarios	13		
<b>Estadísticas de fiabilidad</b>			
<b>INSTRUMENTO WHOQOL BREF – CALIDAD DE VIDA</b>			
Número de interrogantes	26		
Alfa de Cronbach	0,902	90,2%	
<b>ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M)</b>			
Numero de preguntas	69		
Alfa de Cronbach	0,879	87,9%	