

ARTÍCULO ORIGINAL

EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS EMOCIONALES Y EL AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES CON DIABETES MELLITUS


HIGHLIGHTS

1. Tienen un perfil clínico propenso a las complicaciones asociadas a la diabetes.
2. La mayoría presentaba un bajo nivel de malestar emocional.
3. La evaluación del autocuidado se consideró deseable.
4. El estado emocional es un factor determinante para el autocuidado.


Dandara de Fátima Ribeiro Bendelaque¹ 

Dayara de Nazaré Rosa de Carvalho² 

Stelacelly Coelho Toscano Silveira¹ 

Fabianne de Jesus Dias de Sousa³ 

Mariseth Carvalho de Andrade⁴ 

Viviane Ferraz Ferreira de Aguiar³ 

ABSTRACT

Objetivo: Evaluar los aspectos emocionales y de autocuidado de ancianos con Diabetes Mellitus. **Método:** estudio descriptivo, exploratorio y cuantitativo con 105 ancianos de un ambulatorio de un hospital localizado en la ciudad de Belém-Pará-Brasil, realizado entre julio y septiembre de 2022. Se utilizaron los siguientes cuestionarios: datos sociodemográficos, económicos y clínicos; áreas de problemas en la diabetes; y actividades de autocuidado de la diabetes. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva (frecuencia y porcentaje) y análisis inferencial mediante las siguientes pruebas: Chi-cuadrado; y prueba de Adherencia G. **Resultados:** se halló un bajo malestar emocional en los ítems nueve ($p=0,0001$), diez a veinte ($p<0,0001$) y una buena adherencia al autocuidado en los dominios de nutrición general ($p<0,0001$), nutrición específica ($p<0,0001$), cuidado de los pies y medicación ($p<0,0001$). **Conclusión:** los hallazgos pueden vincularse a la orientación adecuada sobre su cuidado diario, contribuyendo a la percepción de su condición emocional y su relación con el autocuidado.

KEYWORDS: Anciano; Diabetes Mellitus; Encuestas y Cuestionarios; Autocuidado; Salud Mental.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Bendelaque D de FR, Carvalho D de NR de, Silveira SCT, Sousa F de JD de, Andrade MC, Aguiar VFF de. Evaluation of the emotional aspects and self-care of elderly people with Diabetes Mellitus. Cogitare Enferm. [Internet]. 2024 [cited "insert year, month and day"]; 29. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.94954>.

¹Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil.

²Secretaria de Saúde do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

³Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem, Belém, PA, Brasil.

⁴Centro Universitário Metropolitano da Amazônia, Belém, PA, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la población anciana es una realidad mundial, con importantes proyecciones para los próximos años. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2050 una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años, lo que corresponde al 16% de la población. Además, el número de personas de 80 años o más se triplicará, pasando de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050¹.

Con el aumento de la proporción de ancianos, hay una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la Diabetes Mellitus (DM), considerada uno de los principales problemas de salud en la actualidad. En Brasil, hay aproximadamente 16 millones de personas con DM, un aumento de 61,8% en los últimos 10 años, siendo la población anciana, especialmente en el grupo de 65 a 74 años, responsable por 19,9%².

La DM en el anciano se relaciona con un mayor riesgo de complicaciones debido al proceso de declive fisiológico, con mayor número de hospitalizaciones, mortalidad, asociación con otras comorbilidades y, sobre todo, con los principales síndromes geriátricos, siendo importante destacar el daño a la capacidad funcional, autonomía y calidad de vida (CV). Por tratarse de una enfermedad altamente limitante, las personas con DM enfrentan importantes cambios en el estilo de vida, como alteraciones en los hábitos alimentarios y adherencia a regímenes terapéuticos restrictivos³⁻⁴.

Estos cambios pueden comprometer la calidad de vida, los aspectos emocionales y la capacidad de autocuidado de los pacientes si estos parámetros no se investigan y controlan adecuadamente, lo que dificulta su afrontamiento, la adherencia a los hábitos necesarios, la reducción de las complicaciones y el cuidado de su estado de salud⁵.

Estas condiciones pueden conducir a manifestaciones emocionales y de autocuidado negativas para el anciano debido a la complejidad de la DM y al tratamiento constante, generando frustraciones por la disminución de la autonomía personal, preocupaciones y temores sobre otros problemas graves derivados de la evolución de la enfermedad. Esto desencadena sentimientos de inseguridad, impotencia y ansiedad, entre otros, que a su vez pueden causar serios problemas para la adherencia al tratamiento⁶.

Las alteraciones emocionales pueden actuar como uno de los factores que dificultan el control de los niveles glucémicos y llevar a la hiperglucemia, debido a las hormonas producidas en esta condición. Produce daños en las relaciones interpersonales, aislamiento social y reducción de la calidad de vida y limitaciones en la realización de autocuidados, debido a la asociación con aspectos que implican dificultad para relajarse, insomnio, irritabilidad e impaciencia⁷.

Considerando que la DM puede causar complicaciones que comprometen no sólo el aspecto físico, sino también el aspecto psicológico del paciente, el objetivo es evaluar los aspectos emocionales y el autocuidado de los ancianos con Diabetes Mellitus.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, con abordaje cuantitativo, realizado con 105 personas con DM atendidas en el ambulatorio de endocrinología de un hospital universitario de referencia de la ciudad de Belém, Pará-Brasil, entre julio y septiembre de 2022.

El ambulatorio de endocrinología recibe el mayor número de personas con DM para seguimiento en el Hospital João de Barros Barreto, y es referencia en Diabetes Mellitus. Se utilizó una muestra no probabilística, seleccionada por conveniencia, con la justificación de que en el momento de la investigación había un número mensual reducido de consultas debido al período de vacaciones de los profesionales involucrados en el servicio.

El estudio incluyó ancianos de 60 años o más, de ambos sexos, diagnosticados de DM al menos seis meses antes y atendidos en la consulta externa de endocrinología del hospital. Se excluyó a los ancianos que no pudieron participar por cualquier motivo durante la recogida de datos, como problemas para comprender las preguntas del estudio o no entender los instrumentos.

Se utilizaron tres instrumentos para recoger los datos: I-Formulario para identificar datos sociodemográficos, económicos y clínicos; II-Cuestionario versión brasileña de la escala PAID (*Problem Areas in Diabetes - Áreas Problemáticas en Diabetes*) (B-PAID); y el III-

El B-PAID es un cuestionario compuesto por 20 preguntas que se centran en aspectos relacionados con la vida con DM y su tratamiento, incluyendo culpa, ira, depresión, preocupación y miedo. Produce una puntuación total que oscila entre 0-100 y utiliza una escala de cinco puntos que va de 0 a 4, donde cero representa que no hay ningún problema y cuatro que existe un problema grave. La puntuación total de 0-100 se obtiene de la suma de las respuestas multiplicada por 1,25. Una puntuación alta indica un nivel elevado de malestar emocional⁸.

El QAD abarca seis dimensiones en 15 ítems para evaluar el autocuidado de la DM: dieta general, dieta específica, actividad física, control de la glucemia, cuidado de los pies y uso de medicación. También tiene otros tres ítems para evaluar el tabaquismo. Durante la evaluación, los pacientes deben responder con qué frecuencia han realizado las actividades o comportamientos en los últimos siete días. Estas respuestas deben oscilar entre 0 y 7, donde 0 es la situación menos deseable y 7 la más favorable. Las puntuaciones indican la realización de las actividades en cuestión. El punto de corte es una media superior a cuatro puntos para indicar un autocuidado deseable y menor o igual a cuatro como indeseable⁶. Los ítems relacionados con el tabaco se convierten teniendo en cuenta la proporción de fumadores, el consumo medio de cigarrillos y la última vez que el individuo fumó.

Los datos de la investigación se organizaron en hojas de cálculo electrónicas utilizando Microsoft EXCEL versión 2016. El procesamiento estadístico se llevó a cabo mediante el software BioEstat versión 5.3, con estadística descriptiva (frecuencia y porcentaje) y análisis inferencial mediante la prueba de Chi cuadrado y la prueba de Adherencia G, con un nivel de significación $\leq 0,05$.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEP) del Hospital Universitario João de Barros Barreto (HUJBB) de la Universidad Federal de Pará (UFPA), bajo el dictamen n.º 5.497.624.

RESULTADOS

La muestra estaba formada por 105 ancianos, con predominio de varones 59 (56,2%) ($p=0,2046$), no obteniéndose un resultado estadísticamente significativo, rango de edad entre 60 y 69 años 45 (42, 9%) ($p=0,0116$), raza morena 69 (65,7%) ($p< 0,0001$), estudios primarios completos 42 (40,0%) ($p< 0,0001$), casados 57 (54,3%) ($p< 0,0001$) e ingresos familiares de 01 a < 02 MW 64 (61,0%) ($p< 0,0001$) (Tabla 1).

Tabla 1 - Perfil sociodemográfico y económico de las personas con DM atendidas en el Ambulatorio de Endocrinología, Belém, PA, Brasil, 2022.

Variables	n	%	p-valor
Género			0,2046
Femenino	46	43,8	
Masculino	59	56,2	
Grupo de edad*			0,0116*
60 a 69*	45	42,9	
70 a 79	39	37,1	
80 a 89	16	15,2	
90 o más	5	4,8	
Raza			< 0,0001*
Blanco	11	10,5	
Marrón*	69	65,7	
Negro	19	18,1	
Amarillo	6	5,7	
Escolaridad			< 0,0001**
Enseñanza primaria incompleta	16	15,2	
Enseñanza primaria completa**	42	40,0	
Enseñanza secundaria incompleta	12	11,4	
Enseñanza secundaria completa	33	31,4	
Otros	2	1,9	
Estado civil			< 0,0001*
Soltero	8	7,6	
Casado*	57	54,3	
Viudo	34	32,4	
Otros	6	5,7	
Ingresos familiares (SM)			< 0,0001*
< 01	7	6,7	
01 a < 02*	64	61,0	
02 a 03	34	32,4	

Fuente: Los autores (2023).

*Prueba de adherencia Chi-cuadrado.

En cuanto al perfil clínico de las personas con DM, se obtuvieron los siguientes resultados predominio de HSA 88 (83,8%) ($p = < 0,0001$); sedentarismo 72 (68,6%) ($p = 0,0001$); pie diabético 27 (25,7%) ($p = 0,0002$); el tiempo transcurrido desde el diagnóstico era de más de 16 a 20 años 36 (34,3%) ($p = 0,0039$); el tratamiento principal era la combinación de medicación + insulino terapia 40 (38,1%) ($p = 0,0001$) y los ancianos nunca habían sido hospitalizados por complicaciones de la DM 62 (59,0%) ($p = < 0,0001$); no han sido infectados por COVID-19 58 (55,2%) ($p = 0,2831$, no significativo); están vacunados con 3 dosis 50 (47,6%) ($p = < 0,0001$) y no han sido hospitalizados debido a COVID-19 30 (63,8%) ($p = 0,0051$) (Tabla 2).

Tabla 2 - Perfil clínico de las personas con DM atendidas en el Ambulatorio de Endocrinología, Belém, PA, Brasil, 2022.

Variables	n	%	p-valor
Comorbilidades			< 0,0001*
HAS*	88	83,8	
Dislipidemia	53	50,5	
Cardiopatía	26	24,8	
Ictus o accidente cerebrovascular hemorrágico	3	2,9	
Insuficiencia cardíaca	1	1,0	
Outros	3	2,9	
Factores de riesgo para comorbilidades			0,0001*
Sedentarismo*	72	68,6	
Antecedentes familiares de DM	53	50,5	
Consumo de alcohol	19	18,1	
Tabaquismo	12	11,4	
Complicaciones			0,0002*
Pie diabético*	27	25,7	
Amputación	15	14,3	
Neuropatía diabética	13	12,4	
Retinopatía diabética	3	2,9	
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de DM (años)			0,0039*
Hasta 10	11	10,5	
11 a 15	27	25,7	
16 a 20*	36	34,3	
Más de 20	31	29,5	
Tipo de tratamiento			< 0,0001*
1 medicamento	15	14,3	
2 medicamentos	37	35,2	
Medicação + Insulinoterapia*	40	38,1	
Insulinoterapia	13	12,4	
Hospitalización por complicaciones de DM			< 0,0001*
Ninguna*	62	59,0	
1 en los últimos 6 meses	35	33,3	
2 o más en los últimos 6 meses	8	7,6	
Infección por COVID-19			0,2831
Sí	47	44,8	
No	58	55,2	
Vacunación contra COVID-19*			< 0,0001*
02 dosis	9	8,6	
03 dosis	50	47,6	
04 dosis	46	43,8	
Hospitalizado debido a COVID-19*			0,0051*
Sí	17	36,2	
No	30	63,8	

Fuente: Autores (2023).

*Prueba de adherencia Chi-cuadrado.

Los aspectos emocionales de las 105 personas con DM fueron evaluados utilizando la versión brasileña de la escala PAID (Problem Areas in Diabetes) (B-PAID). Analizando los datos, 16 ítems resultaron estadísticamente significativos: ítems 1 ($p < 0,0001$), 2 ($p < 0,0001$), 3 ($p < 0,0006$), 4 ($p < 0,0084$), 9 ($p = 0,0001$) e ítems 10 a 20 ($p < 0,0001$).

En el análisis, se consideró que las variaciones de 0 a 2 indicaban un bajo nivel de angustia emocional y de 3 a 4 un alto nivel de angustia emocional. Así, los ancianos puntuaron de 0 a 2 en 12 ítems, lo que representa un nivel bajo de malestar emocional: ítem 9 ($p = 0,0001$) e ítems 10 a 20 ($p < 0,0001$). Aunque los ítems 5 ($p = 0,0971$), 6 ($p = 0,1432$), 7 ($p = 0,2831$) y 8 ($p = 0,6256$) presentaron un nivel bajo de angustia emocional, los resultados no se consideran estadísticamente significativos (Tabla 3).

Tabla 3 - Cuestionario versión brasileña de la escala PAID (Áreas Problemáticas en Diabetes) (B-PAID), Belém, PA, Brasil, 2023.

Problemas relacionados con el tratamiento.	Puntuación obtenida				p-valor
	0 a 2 ptos		3 a 4 ptos		
	n	%	n	%	
1. Preocuparse por los episodios de bajada de glucosa.	30	28,6	75	71,4	< 0,0001*
2. Preocuparse por el futuro y la posibilidad de complicaciones graves.	31	29,5	74	70,5	< 0,0001*
3. Preocuparse por la comida y qué comer.	35	33,3	70	66,7	0,0006*
4. Afrontar las complicaciones de la diabetes.	39	37,1	66	62,9	0,0084*
5. Tener sentimientos de privación respecto a los alimentos y las comidas.	44	41,9	61	58,1	0,0971
6. Sentir miedo al pensar en vivir con diabetes.	45	42,9	60	57,1	0,1432
7. Enfrentarse a situaciones sociales incómodas relacionadas con los cuidados.	47	44,8	58	55,2	0,2831
8. Sentir que la diabetes consume demasiada energía mental y física.	50	47,6	55	52,4	0,6256
9. Sentirse agotado por el esfuerzo que supone cuidar de su diabetes.	72	68,6	33	31,4	0,0001**
10. Enfadarse ante la idea de vivir con diabetes.	78	74,3	27	25,7	< 0,0001**
11. Sentir que su diabetes es una carga para usted.	79	75,2	26	24,8	< 0,0001**
12. Sentirse solo con su diabetes.	83	79,0	22	21,0	< 0,0001**
13. Sentir que sus amigos y familiares no le apoyan a la hora de afrontar su diabetes.	85	81,0	20	19,0	< 0,0001**
14. No estar satisfecho con el médico que le trata la diabetes.	88	83,8	17	16,2	< 0,0001**
15. No aceptar su diabetes.	90	85,7	15	14,3	< 0,0001**
16. Sentirse culpable o ansioso cuando no cuida su diabetes.	91	86,7	14	13,3	< 0,0001**
17. Deprimirse cuando piensa que tiene que vivir con diabetes.	92	87,6	13	12,4	< 0,0001**
18. Sentirse desanimado por el tratamiento de la diabetes.	95	90,5	10	9,5	< 0,0001**
19. No saber si su estado de ánimo está relacionado con la diabetes.	97	92,4	8	7,6	< 0,0001**
20. La falta de objetivos claros y concretos en el cuidado de su diabetes.	99	94,3	6	5,7	< 0,0001**

Fuente: Autores (2023).

Prueba Chi-cuadrado; *Significación de 3 a 4 ptos; **Significación de 0 a 2 ptos.

El autocuidado de las personas con DM se identificó mediante el cuestionario QAD, que se subdividió por tiempo (en días) en el que se consideraron grupos de baja adherencia al autocuidado la muestra que osciló entre 0 y 1 día y entre 2 y 3 días, y de alta adherencia al autocuidado la muestra que osciló entre 4 y 5 días y entre 6 y 7 días. Los resultados indican un autocuidado deseable: nutrición general ($p < 0,0001$), nutrición específica ($p < 0,0001$), cuidado de los pies y medicación ($p < 0,0001$). En los ámbitos de la actividad física y la monitorización de la glucemia, se observó una baja adherencia al autocuidado (Tabla 4).

Tabla 4 - Cuestionario de actividades de autocuidado de la diabetes (QAD), Belém, PA, Brasil, 2022.

Instrumento QAD	Tiempo em días								p-valor
	0 a 1 día		2 a 3 días		4 a 5 días		6 a 7 días		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Nutrición general									
Siguió una dieta saludable.	4	3,8	4	3,8	58	55,2	39	37,1	< 0,0001*
Siguió las directrices dietéticas.	5	4,8	4	3,8	58	55,2	38	36,2	< 0,0001*
2. Dieta específica									
Comió cinco o más raciones de fruta y/o verdura.	4	3,8	9	8,6	52	49,5	40	38,1	< 0,0001*
Comió dulces.	30	28,6	10	9,5	40	38,1	25	23,8	0,0005*
Comió alimentos ricos en grasas.	33	31,4	13	12,4	30	28,6	29	27,6	0,0262*
3. Actividad física									
Realizó actividad física durante al menos 30 minutos.	91	86,7	5	4,8	3	2,9	6	5,7	< 0,0001*
Realizó ejercicio físico específico.	91	86,7	5	4,8	3	2,9	6	5,7	< 0,0001*
4. Control de la glucemia									
Evaluó el azúcar en sangre.	36	34,3	44	41,9	14	13,3	11	10,5	< 0,0001*
Evaluó el azúcar en sangre en la cantidad recomendada.	35	33,3	46	43,8	14	13,3	10	9,5	< 0,0001*
5. Cuidado con los pies									
Examinó sus pies.	3	2,9	5	4,8	20	19,0	77	73,3	< 0,0001*
Examinó el interior de sus zapatos antes de ponérselos.	3	2,9	5	4,8	20	19,0	77	73,3	< 0,0001*
Secó los espacios interdigitales después de lavar los pies.	3	2,9	5	4,8	15	14,3	82	78,1	< 0,0001*
6. Medicación									
0,0									
Tomó la medicación según las recomendaciones.	0	0,0	1	1,0	2	1,9	102	97,1	< 0,0001*
Se inyectó insulina según las recomendaciones.	0	0,0	1	3,0	1	3,0	31	93,9	< 0,0001*
Tomó el número indicado de comprimidos para la diabetes.	0	0,0	2	2,9	14	20,0	54	77,1	< 0,0001*

Fuente: Autores (2022).

*Prueba G de Adherencia.

DISCUSIÓN

El estudio mostró predominio de hombres, en consonancia con otro hallazgo⁶. Este resultado es contrario al encontrado por un estudio realizado en João Pessoa, Brasil, en el cual la mayoría eran mujeres, justificado por su mayor preocupación en buscar asistencia médica⁹. El aumento de casos de DM en el grupo de edad de 60 a 69 años ha sido evidente, y puede estar asociado al crecimiento de ancianos en este grupo de edad a lo largo de los años, acompañado de la cronicidad de enfermedades y dolencias¹⁰.

En un estudio realizado en varios estados de Brasil, los ancianos de raza morena eran más prevalentes, y los individuos de raza negra tenían más probabilidades de presentar un peor control glucémico¹¹. La escolaridad puede ser un factor limitante para el autocuidado, situación señalada por un estudio realizado en IRÁN, que demostró que un bajo nivel de conocimientos repercutía en la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y el control glucémico¹². En este estudio, había un predominio de personas mayores con estudios primarios completos, lo que se considera un bajo nivel educativo en comparación con lo que se espera para la educación básica. También tiende a limitar y/o reducir el acceso a la asistencia sanitaria relacionada con las oportunidades de aprendizaje, lo que repercute en los enfoques preventivos de la DM y en la comprensión de las conductas terapéuticas¹².

El predominio de ancianos casados en el estudio está en consonancia con la investigación realizada en Bauru-São Paulo, Brasil, que señaló que la familia desempeña un papel importante en el apoyo y ayuda en el control de enfermedades como la DM y sus posibles complicaciones, que requieren cuidados constantes para mantener la vida⁶. En este estudio, los ancianos tenían una renta familiar de entre uno y dos salarios mínimos, mostrando la insuficiencia y el impacto significativo en el mantenimiento básico de los ancianos. Con la jubilación, pueden ocurrir pérdidas financieras significativas, comprometiendo su capacidad de mantener los cuidados necesarios en relación a una buena alimentación, uso de medicamentos, exámenes periódicos, factores que comprometen la preservación de la salud y, consecuentemente, el control de la enfermedad¹⁰.

Con relación al perfil clínico de los ancianos, la hipertensión fue la comorbilidad más significativa, corroborando el estudio realizado en São Paulo, Brasil¹⁰, y es considerada un factor de riesgo para DM2, ya que puede contribuir para lesiones vasculares en los ancianos. Entre los factores de riesgo, el estudio¹³ realizado en Brasilia, Brasil, mostró que el sedentarismo puede causar complicaciones y riesgos cardiovasculares, corroborando el presente estudio¹³.

Como se observó en este estudio, las complicaciones del pie diabético siguen siendo una de las principales complicaciones encontradas en personas con DM. Corroborando este hallazgo, un estudio realizado en Minas Gerais, Brasil, mostró una prevalencia de pie diabético en el 74% de los participantes¹⁴.

El momento de diagnóstico más prevalente fue entre los 16-20 años, más de 10 años, resultado similar a otro hallazgo⁹. El tipo de tratamiento más utilizado es la combinación de medicación e insulino terapia, considerado de tercera línea cuando el control metabólico ya no es efectivo con el solo uso de hasta dos comprimidos combinados y cambios en el estilo de vida. Este tratamiento es comúnmente utilizado en ancianos, quienes tienden a tener DM por un largo período de tiempo¹¹⁻¹³.

Al evaluar el Cuestionario de Problemas en la Diabetes - Versión Brasileña (B-PAID), se observó que la mayoría de los ancianos presentaba baja angustia emocional, corroborando estudios realizados en São Paulo, Brasil, y Paraíba, Brasil, que utilizaron el mismo cuestionario y obtuvieron puntuaciones de 19 y 23 puntos, respectivamente, confirmando baja angustia^{2,6}.

En contraste, un estudio realizado en la ciudad de Belém do Pará, Brasil, encontró que la angustia emocional de las personas con DM era superior a 40 puntos, indicando un alto impacto en la calidad de vida. Esta diferencia de resultados puede ser explicada por el hecho de que la DM trae especificidades que varían de individuo a individuo y de una población a otra, por tratarse de un fenómeno único, así como por la presencia de inequidades que influyen negativamente en el autocuidado y en la forma de lidiar y convivir con la diabetes¹⁵.

La evaluación del autocuidado de los diabéticos de edad avanzada, realizada mediante el cuestionario QAD, se consideró conveniente en relación con la dieta general, la dieta específica, el cuidado de los pies y la medicación. Los estudios muestran¹³⁻¹⁶ que las personas con DM se han preocupado por seguir una dieta sana y equilibrada, una buena adherencia al cuidado de los pies y al tratamiento farmacológico para prevenir las complicaciones agudas y crónicas.

Un estudio¹⁷ realizado en el estado de Maranhão, Brasil, mostró resultados similares en relación con el autocuidado de los pies (una media de 7 días en el 66% de los pacientes) y el tratamiento farmacológico (una media de 7 días en el 86% de los pacientes). Además, hubo dificultad para seguir las directrices profesionales, lo que interfirió en la comprensión de su importancia y, en consecuencia, en la conducta de seguimiento de los pacientes.

Entre las prácticas de autocuidado, la alimentación sana y el cuidado de los pies se encuentran entre los pilares del tratamiento no farmacológico de la diabetes, dirigido al control glucémico y del peso, la prevención de las complicaciones de la enfermedad y la reducción de los riesgos cardiovasculares. Además, el cuidado rutinario de los pies ayuda a prevenir la enfermedad del pie diabético, que es una de las complicaciones más temidas de la enfermedad, responsable de entre el 50 y el 70% de las amputaciones no traumáticas, así como de un 50% de los ingresos hospitalarios⁵.

Cabe destacar que los dominios de baja adherencia al autocuidado encontrados en el estudio, como la actividad física y el monitoreo de la glucemia, son puntos relevantes y corroboran otro estudio, que mostró baja adherencia en los mismos dominios, con un promedio de 1,57 días y 1,40 días¹⁸. La actividad física sigue considerándose un reto para el cambio de hábitos. Su baja adherencia es un serio factor de riesgo de mortalidad, siendo un factor esencial para la reducción de la resistencia a la insulina⁶ y el registro del control glucémico es fundamental para identificar posibles fallas en este control e incentivar la búsqueda de factores de riesgo asociados a la inestabilidad glucémica.

Una limitación de este estudio fue la escasez de estudios que utilicen realmente el término "aspectos emocionales" en relación con el autocuidado, así como el uso de los instrumentos B-PAID y QAD en las evaluaciones.

CONCLUSIÓN

Los ancianos diabéticos mostraron una baja angustia emocional y una buena adherencia al autocuidado en términos de dieta, cuidado de los pies y tratamiento farmacológico. Estos hallazgos muestran que, independientemente de las características sociales, demográficas, económicas y clínicas, que pueden conducir a una mayor susceptibilidad a la glucemia inestable y a posibles complicaciones, como las encontradas en este estudio, los resultados muestran que la condición emocional es un factor determinante para que los ancianos se cuiden. Esta condición debe ir acompañada de una orientación adecuada sobre los cuidados diarios y la prevención de complicaciones.

Se espera que los resultados de esta investigación llamen la atención de los gestores y profesionales sanitarios sobre la importancia de cuidar a los pacientes diabéticos, incluyendo los aspectos emocionales y el autocuidado como factor determinante para obtener los mejores resultados del tratamiento. Se cree que esto permitirá una intervención precoz y, en consecuencia, reducirá las tasas de complicaciones y la disminución de la calidad de vida.

REFERENCIAS

1. United Nations (UN). World Population Prospects 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr. 19]. Available from: <https://population.un.org/wpp/>
2. Bernini LS, Barrile SR, Mangili AF, Arca EA, Correr R, Ximenes MA, et al. The impact of diabetes mellitus on the quality of life of patients of Primary Health Care. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [Internet]. 2019 [cited 2022 June 19]; 25(3):533-41. Available from: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0899>
3. Sardinha AH de L, Verzaro PM, Costa LLDLN, Murici AFF, Falcão BCS. Evaluation of quality of living of elderly with diabetes mellitus. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2018 [cited 2005 Aug. 22]; 12(2):345-56. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a23164p345-356-2018>
4. Marques MB, Coutinho JFV, Martins MC, Lopes MV de O, Maia JC, Silva MJ da. Educational intervention to promote self-care in older adults with diabetes mellitus. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug. 18]; 53(0):e03517. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018026703517%20>
5. Borba AK de OT, Arruda IKG, Marques AP de O, Leal MCC, Diniz A da S. Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sept. 01]; 24(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>
6. Nogueira BCM, Souza CA de, Manzano RM, Rosa CS da C, Barrile SR, Ximenes MA, et al. Emotional aspects and self-care of patients with type 2 diabetes mellitus in renal replacement therapy. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sept. 14]; 27(1). Available from: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1575>
7. Magalhães EMA, Santos JA, Brito PS, Correia IF, Reis JWS, Valença TDC, et al. Emotional changes in the elderly with Diabetes Mellitus registered in primary health care centers. *World Health* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sept. 22]; 43(1):265-78. Available from: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/88/66>
8. Machry RV, Pedroso HU, Vasconcellos LS, Nunes RR, Evaldt C de A, Yunes Filho EB, et al. Multifactorial intervention for diabetes control among older users of insulin. *Public Health Journal* [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct. 01]; 52(0):60. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000144>
9. Melo EG, Jácome C, Batista R, Souza L, Santana D, Camarotti A, et al. Sociodemographic and clinical profile of diabetic elderly. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2019 [cited 2022 Oct. 11]; 13(3):707-14. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i3a236991p707-714-2019>
10. Pontelli BPB, Suleiman ARA, Oliveira REM. Profile of the treatment of older people with type 2 diabetes mellitus in a municipality in the countryside of the state of São Paulo. *Space for Health Magazine* [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct. 13]; 19(2):75-83. Available from: <https://doi.org/10.22421/15177130-2018v19n2p75>
11. Moraes HAB de, Mengue SS, Molina M del CB, Cade NV. Factors associated with glycemic control in a sample of individuals with Diabetes Mellitus taken from the Longitudinal Study of Adult Health, Brazil, 2008-2010. *Epidemiol Health Serv* [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct. 17]; 29(3). Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300017>
12. Karbalaeifar R, Kazempour-Ardebili S, Amiri P, Ghannadi S, Tahmasebinejad Z, Amouzegar A. Evaluating the effect of knowledge, attitude, and practice on self-management in type 2 diabetic patients

on dialysis. J Diabetes Res. [Internet]. 2019 [cited 2022 Oct. 20]; 10(1):114-19. Available from: <https://doi.org/10.1155/2016/3730875>

13. Ministry of Health (BR). Department of Health Care. Department of Primary Care. Strategies for the care of people with chronic disease: diabetes mellitus [Internet]. 2013 [cited 2022 Oct. 21]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

14. Alves FM, Costa PHV, Silva GAT, Flora W di. Prevalence of diabetic foot in the population of Onça de Pitangui- Minas Gerais: cross-sectional study. Interdisciplinary Journal of Medical Sciences [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct. 25]; 5(1):14-20. Available from: <http://revista.fcmmg.br/index.php/RICM/article/view/115>

15. Aviz GB de, Santos FM, Azevedo VDC de, Silva GG e, Furtado LL. Assessment of the quality of life and socioeconomic profile of insulin-dependent diabetics. J. Health NPEPS. [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar. 05]; 6(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.30681/252610104630>

16. Freire MTP, Andrade JM, Veras HNH. Glycemic evaluation of the diabetic patients in the family health strategy in the city of Assaré, State of Ceará. Id on Line Rev. Mult. Psic. [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr. 14]; 13(44):221-39. Available from: <https://doi.org/10.14295/online.v13i44.1604>

17. Silva NJ da, Lima RSC, Santos AP dos, Conceição HN da, Pereira BM, Câmara JT. Self-care activities in patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb. 13]; 31(2):22-7. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200704_160121.pdf

18. Costa P de A, Oliveira Neta MS de, Azevedo TF de, Cavalcanti LT, Rocha SR de S, Nogueira MF. Emotional distress and adherence to self-care activities in older adults with diabetes mellitus. Rev Rene. [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov. 03]; 23:e72264. Available from: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20222372264>

EVALUATION OF THE EMOTIONAL ASPECTS AND SELF-CARE OF ELDERLY PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the emotional aspects and self-care of elderly people with Diabetes Mellitus. **Method:** a descriptive, exploratory, and quantitative study with 105 elderly people from an outpatient clinic in a hospital located in the city of Belém-Pará, Brazil, carried out between July and September 2022. The following questionnaires were used: sociodemographic, economic, and clinical data; problem areas in Diabetes; and Diabetes self-care activities. The data was analyzed using descriptive statistics (frequency and percentage) and inferential analysis using the following tests: Chi-square, and the G-adherence test. **Results:** low emotional distress was found in items: nine ($p = 0.0001$), ten to twenty ($p < 0.0001$), and good adherence to self-care in the domains of general nutrition ($p < 0.0001$), specific nutrition ($p < 0.0001$), foot care and medication ($p < 0.0001$). **Conclusion:** The findings can be linked to adequate guidance on daily care, contributing to the perception of the emotional condition and its relationship with self-care.

DESCRITORES: Elderly; Diabetes Mellitus; Surveys and Questionnaires; Self-care; Mental Health.

Recibido en: 14/04/2023

Aprobado en: 31/01/2024

Editor asociado: Dra. Luciana Nogueira

Autor correspondiente:

Viviane Ferraz Ferreira de Aguiar

Universidade Federal do Pará

R. Augusto Corrêa, 01 - Guamá, Belém - PA, 66075-110

E-mail: vferraz@ufpa.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Bendelaque D de FR, Carvalho D de NR de, Silveira SCT, Sousa F de JD de, Andrade MC, Aguiar VFF de.** Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Bendelaque D de FR, Carvalho D de NR de, Silveira SCT, Sousa F de JD de, Andrade MC, Aguiar VFF de.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Bendelaque D de FR, Carvalho D de NR de, Silveira SCT, Sousa F de JD de, Andrade MC, Aguiar VFF de.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).