

Disestrés en adultos mayores diabéticos: un aporte para su comprensión y enfoque

Angústia em idosos com Diabetes Mellitus, uma contribuição para sua compreensão e enfoque

Distress in the elderly with Diabetes Mellitus, a contribution to its understanding and approach

Victoria Wilson¹, Cintia Campanella², Carina Parisi³, Gustavo Tomás Díaz-Gerevini⁴, Santiago Priotto⁵, Gastón Reposi⁶.

Resumen:

El “disestrés” inducido por la diabetes mellitus es la experiencia emocional o afectiva negativa que resulta del desafío de vivir con las exigencias de este problema de salud. Se encuentra generalizado entre las personas que presentan esta enfermedad y es una dificultad para el bienestar emocional, el autocuidado y el manejo de la diabetes. En los adultos mayores esta condición se agrava y es más riesgosa, por el envejecimiento y comorbilidades que, en este grupo etario pueden contribuir a una pérdida de independencia funcional y aislamiento social. Estas circunstancias a su vez, generará progresivamente más estrés y menos bienestar. Las intervenciones integrales, basadas en el apoyo psicosocial que incluyan la educación para mejorar la autocomprensión de su problemática, la participación activa en trabajos psicoemocionales, la potenciación del autocuidado y la formación de redes de ayuda, demostraron la potencialidad de disminuir el disestrés por diabetes en adultos mayores mejorando su calidad de vida y por ende, el adecuado control de su condición.

Palabras Claves: disestrés; diabetes mellitus; PINE/PNEI; adultos mayores; estrés crónico.

Resumo:

O “angústia” induzida pelo diabetes mellitus é a experiência emocional ou afetiva negativa que resulta do desafio de conviver com as demandas desse problema de saúde. É comum entre as pessoas que têm esta doença e é uma dificuldade para o bem-estar emocional, o autocuidado e o controle do diabetes. Nos idosos, esta condição agrava-se e é mais arriscada devido ao envelhecimento e às comorbidades que, nesta faixa etária, podem contribuir para a perda de independência funcional e isolamento social. Estas circunstâncias, por sua vez, irão gerar progressivamente mais stress e menos bem-estar. Intervenções abrangentes, baseadas no apoio psicossocial que incluem a educação para melhorar a autocompreensão dos seus problemas, a participação ativa no trabalho psicoemocional, o fortalecimento do autocuidado e a formação de redes de ajuda, demonstraram o potencial para reduzir o estresse devido ao diabetes em idosos, melhorando a sua qualidade de vida e, portanto, o controle adequado de sua condição.

Palabras chave: angústia; diabetes mellitus; PINE/PNEI; idoso; estresse crônico.

Abstract:

Diabetes mellitus-induced “distress” is the negative emotional or affective experience resulting from the challenge of living with the demands of this chronic health problem. Distress is widespread among people who have this disease and is a difficulty for their emotional well-being, self-care, and diabetes management. In older adults, this condition worsens and is more risky due to aging and comorbidities that, in this age group, can contribute to losses of functional independence and social isolation. These circumstances, in turn, will progressively generate more stress and less well-being. Comprehensive interventions, based on psychosocial support that include education to improve self-understanding of their problems, active participation in psychoemotional work, strengthening self-care and the formation of help networks, demonstrated the potential to reduce stress due to diabetes in older adults improving their quality of life and therefore, the adequate control of their chronic condition.

Keywords: distress; long standing diabetes mellitus; PINE/PNEI; older diabetic patients; chronic.

¹ Lic. en Psicología. Fundación Amigos de los Diabéticos, Villa Carlos Paz, Córdoba; Argentina.

² Lic. en Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Instituto de Biología Celular; Argentina. Correo de contacto: cintiacampanella@gmail.com.

³ Especialista Endocrinología. Sociedad Argentina de Diabetes, Buenos Aires; Argentina.

⁴ Doctor en Medicina. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Instituto de Biología Celular; Argentina. Correo de contacto: gustavotomasdiaz@fcm.unc.edu.ar.

⁵ Doctor en Ciencias Biológicas. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Córdoba; Argentina. Correo de contacto: santiagopriotto@yahoo.com.ar.

⁶ Doctor en Ciencias Biológicas. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Córdoba; Argentina. Correo de contacto: grepossi@fcm.unc.edu.ar.

Fecha de Recepción: 2024-09-23 **Aceptado:** 2024-12-17

ARK: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s27968677/y7c4n9v15>



[Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

© 2024 Pinelatinoamericana

Introducción

Los recursos personales para afrontar las dificultades de la vida incluyen las propias capacidades, la salud, apoyo social, medios financieros, fortalezas físicas, cognitivas y emocionales, que cambian a lo largo de la vida por factores como el envejecimiento, las experiencias de vida y diversas condiciones ambientales. En la teoría del ciclo vital y esperanza de vida, algunos recursos personales disminuyen a medida que las personas envejecen, lo que pone a los adultos mayores (AM) en riesgo de deterioro del bienestar general (Baltes et al., 1999). Las respuestas al estrés son reacciones normales a perturbaciones ambientales o internas adaptativas. En términos fisiológicos, es una activación global del sistema psico, neuro, inmuno, endocrinológico (PINE/PNEI)¹, ante amenazas que liberan hormonas del estrés, como adrenalina y cortisol, entre otras, neurotransmisores, etc., preparando al cuerpo para enfrentar situaciones peligrosas. Este mecanismo de supervivencia es útil cuando se enfrentan amenazas vitales de corto plazo (Cólica, 2021). Sin embargo, hay situaciones como pérdidas, muertes, enfermedades y duelos no tan severas en el corto plazo, pero emocionalmente persistentes. Así, situaciones crónicas como la diabetes mellitus (DM) genera preocupación constante sobre el manejo de la enfermedad, el apoyo necesario, la carga emocional y el imprescindible acceso a la atención. Todo ello puede desencadenar una respuesta desequilibrada de estrés, o “disestrés”. Marcada por acumulación de circunstancias desagradables diarias que disminuyen la sensación de bienestar, éstas provocan en el individuo progresivamente un estado de ánimo decaído, sensación de sentirse nervioso todo el tiempo y fatiga. Genera angustia y un aumento de liberación de cortisol, agravada por ansiedad anticipatoria, que es el sentimiento de temor ante un evento potencialmente dañino en el futuro. Estas respuestas caracterizadas por incomodidad y tensión, duran y perduran más que la respuesta inicial al estrés, transformando así una respuesta saludable en patológica. Se instala el estado de estrés crónico, tanto en diabéticos jóvenes como mayores (Eynard, 2014; Chew et al., 2017).

El disestrés por diabetes mellitus (DM), es identificado y caracterizado como una condición de identidad propia por primera vez en el estudio internacional “*Diabetes Attitudes Wishes and Needs (DAWN)*”, y se refiere a: la experiencia emocional o afectiva negativa que resulta del desafío de vivir con las exigencias de la condición diabética (Rubin et al., 2006). Existe cada vez más evidencias que el DDM se encuentra muy generalizado entre los pacientes y constituye una dificultad para el bienestar emocional, el autocuidado y el manejo de la diabetes. Así, el seguimiento del paciente con DDM forma parte de muchas guías nacionales de atención clínica de la diabetes (Skinner et al., 2020). Incluso se han desarrollado herramientas específicas como la Escala de Disestrés por Diabetes (*Diabetes Distress Scale, DDS*) para poder evaluarlo (Polonsky et al., 2005). Dennick y colaboradores, con el fin de mejorar los criterios de evaluación y diagnóstico de DDM, intentan clarificar y unificar su concepto en base a los trabajos disponibles en la literatura. Logran así identificar aspectos que se configuran como los principales generadores de angustia en los pacientes que presentan disestrés por DM, estos son: el esquema o protocolo de tratamiento, la alimentación, el futuro/complicaciones, accidentes hipoglucémicos, las relaciones sociales/interpersonales y con los profesionales de la salud (Dennick et al., 2017).

¹ A los fines de este artículo, PINE y PNEI son sinónimos, según como se consigne éste acrónimo en distintos países

El disestrés asociado a DM (DDM) afecta, a nivel mundial, a casi la mitad de las personas que padecen esta enfermedad. Tiende a ser prevalente en mujeres, más en diabéticos tipo 1 que en Tipo 2 y en aquellos que utilizan insulina para su control glucémico (Eynard, 2014; Beléndez Vázquez et al., 2015; Azadbakht et al., 2020). También se observó mayor prevalencia en afroamericanos, asociado a la percepción de discriminación y menor confianza en los médicos (Williams et al., 2020). Un estudio realizado en España mostró que el disestrés por diabetes afecta también a un 45,5% de los parientes cercanos de los pacientes, siendo la principal fuente de angustia para aquellos, que este familiar pueda sufrir una hipoglucemia severa (Beléndez Vázquez et al., 2015).

El DDM refleja la respuesta emocional de la persona y su entorno familiar a la carga de vivir con una enfermedad crónica en gran medida autogestionada y con sus complicaciones agravantes. Los síntomas clínicos del DDM y la depresión se superponen en parte, pues ambos están vinculados a una mala adherencia y deficiente control glucémicos, pero las circunstancias subyacentes pueden diferir y no son conceptos intercambiables. Sin embargo, se estima que debido a estas similitudes clínicas actualmente puede haber una subestimación de la prevalencia del disestrés por diabetes, y éste parece mediar en la asociación entre la depresión y el control de la glucemia (Díaz-Gerevini et al., 2014; Snoek et al., 2015).

Los Adultos Mayores (AM) desarrollan disestrés principalmente por convivir con situaciones problemáticas, biológicas, sociales y de salud crónicas (Díaz et al., 2024). En ellos el DDM se agrava (y es más riesgoso) por el deterioro relacionado con el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades crónicas coexistentes, que contribuyen al aislamiento social y a la pérdida de independencia funcional, lo cual, a su vez retroalimenta el estrés crónico y dificulta el bienestar (Roquet et al., 2024). En este grupo etario los síntomas más frecuentes del DDM son fatiga, hipoglucemias recurrentes, diarrea, dolor, pérdida del equilibrio y caídas (Hernandez et al., 2019). Por otra parte, las experiencias negativas vividas, relacionadas con la diabetes más frecuentes entre el grupo etario de AM fueron: relaciones tensas con el personal de salud (incluso en el período prediabético), sentimiento de culpa asociada con la ingesta de alimentos y estilo de vida, miedo asociado con experiencias previas de tener parientes con diabetes, una sensación generalizada de pérdida y soledad y un deterioro general de la memoria (Díaz-Gerevini et al., 2014; Hernandez et al., 2020). Otros factores de riesgo para DDM en los AM son: estilo de vida sedentario, aislamiento social, sobrepeso u obesidad, desarrollo de las complicaciones asociadas a diabetes, control global deficiente, otras patologías asociadas, bajos ingreso, bajo nivel educativo y menos de 10 años de padecerla (Azadbakht et al., 2020). El modo poco empático con el que los profesionales de la salud se comunican con las personas con diabetes, exacerbaría el desarrollo del disestrés asociado a la condición, agravado en muchos casos por el frecuente desarrollo del síndrome del “*burn out*” en el personal sanitario que trabajo con patologías crónicas (Skinner et al., 2020; Lang, 2022).

El DDM no controlado y su consecuente cronicidad deriva en prácticas de autocuidado subóptimas y efectos adversos en el manejo de la enfermedad (Thanakwang et al., 2014). En los AM lleva a control inadecuado de la glucemia y lípидemia, hipertensión arterial y las complicaciones crónicas, que pueden derivar en disminución de la independencia funcional por complicaciones cardiovasculares, deterioro cognitivo, infecciones concomitantes, , ceguera,

insuficiencia renal, osteosarcopenia y aun cáncer (Luciani et al., 2021; Bottaccioli y Bottaccioli, 2024). Se aceleran así complicaciones crónicas, parcialmente prevenibles y tratables (An et al., 2021) en tanto los AM practicasen un correcto autocuidado (Zareban et al., 2014), que abarcase aspectos como hábitos alimentarios saludables, actividad física regulada y constante, adherencia a la medicación, bienestar emocional, sueño reparador, sociabilización y atención médica de calidad (Eva et al., 2018).

Cigolle y colaboradores hallaron que los AM con DM2 con mayores conocimientos y comprensión integral de su condición y con manejo adecuado del disestrés mejoraron su autocuidado, lo que resultó en un buen control glucémico y modificaciones favorables en su salud (McPherson et al., 2008), disminuyendo su morbimortalidad (Cigolle et al., 2012).

Helgeson y su grupo investigaron una cohorte de AM estadounidenses observando que el disestrés por DM se relaciona con el deterioro del control metabólico y las complicaciones resultantes con el transcurso del tiempo (Helgeson et al., 2020). Sun y colaboradores, estudiaron en China una cohorte de AM con DM2 y su asociación con complicaciones crónicas y observaron que el apoyo sociológico ejerció un impacto directo positivo en la conducta de autogestión e indirecto a través de la percepción del malestar relacionado con la DM2 (Sun et al., 2024). Importante es tener en cuenta que la respuesta ante situaciones problemáticas crónicas guarda ciertas similitudes en ámbitos socioculturales diferentes. El apoyo primario a la salud, entendida con el concepto de salud desarrollado en la Declaración de Alma Ata (Organización Panamericana de la Salud, 1978), como un completo estado de bienestar psicosocial, aún constituye un objetivo social, lejano, a conseguir en el ámbito de la condición diabética.

Discusión

Las experiencias observadas en el trabajo profesional de los autores y registradas en la bibliografía, muestran las dificultades de los pacientes AM con DM de sostener un cuidado permanente por tiempo prolongado. Es frecuente que los objetivos y metas no se cumplan adecuadamente. Las causas detrás de ello son por demás complejas y deben entenderse desde un punto de vista holístico transdisciplinario, como es el enfoque PINE/PNEI. Algunas de las dificultades para sostener un autocuidado permanente abarcan factores culturales, económicos, características biológicas personales y comunes a todos los seres humanos. En la mayoría de los pacientes AM con DM2, se observó un nivel moderado, o bajo de adherencia a las recomendaciones terapéuticas. Por lo tanto, en aquellas personas que tienen dificultades con la implementación completa del plan de tratamiento deben identificarse éstas lo antes posible y buscarse sus causas, para poder solucionarlas y disminuirlas cuanto antes.

Bonikowska y col. identificaron que en grupos de AM con DM2 había un nivel moderado, o bajo de adherencia a las recomendaciones terapéuticas, el nivel de aceptación de la enfermedad fue medio y resultó ser un predictor independiente de la adherencia. Por lo tanto, está justificado (y recomendado) utilizar intervenciones psicológicas y conductuales que tengan como objetivo

aumentar el nivel de aceptación de su enfermedad. Se debe tener presente que las emociones desempeñan papeles causales indirectos en el control de la diabetes e interactúan con otros factores, o sean resultados de la enfermedad avanzada y/o del autocontrol problemático de la diabetes, en lugar de una causa única (Gonzalez et al., 2016, Cólica, 2021; Lang, 2022). A lo cual se debe agregar la afectación del equipo de cuidado al trabajar con problemas que en muchos casos en vez de solucionarse se agravan por efecto del envejecimiento y factores propios de la DM, que aún no se conocen del todo o no se logrado hallar una solución adecuada.

Dado que las aptitudes psicofísicas disminuyen con la edad, es importante implementar un enfoque holístico PINE/PNEI junto con el paciente y proponer acciones integrales, teniendo en cuenta los déficits de éste en toda la esfera biopsicosocial para mejorar la efectividad de las acciones emprendidas (García-Fernández, 2022). El sedentarismo y el sobrepeso u obesidad se reconocen como algunos de los factores de riesgo más importantes relacionados con el desarrollo de DDM. Dado que adelgazar peso requiere mudar definitivamente a hábitos alimentarios saludables, actividad física, higiene responsable y comportamiento preventivo, tales indicaciones pueden provocar mayor angustia en los AM con DM (Azadbakht et al., 2020). De las actividades de autocuidado que se investigaron, las personas con diabetes tuvieron las mayores dificultades con el control de la glucemia. Situación que, al perpetuarse en el tiempo, afecta los mecanismos naturales de defensa frente al estrés, tornándolo crónico. Sin embargo, algunos autores no encontraron diferencias significativas en el control glucémico entre personas diabéticas con y sin disestrés, pero sí observaron que ciertas complicaciones macro y microvasculares eran más prevalentes en el grupo con disestrés (Boehmer et al., 2023). Por otro lado, el logro positivo fue que la autosuficiencia de los pacientes en estas áreas de control mejoró a medida que aumentó su nivel de aceptación de la enfermedad. Así, el resultado obtenido confirmó la legitimidad de las intervenciones dirigidas a aumentar el nivel de aceptación y autoconocimiento de la enfermedad en este grupo de personas (Bonikowska et al., 2021).

Hay evidencia creciente de que los programas psicoeducativos centrados en la persona con DM, sobre todo aquellos desarrollados en forma grupal e incluso los que aprovechan las herramientas tecnológicas digitales para realizar estos encuentros serían eficientes en reducir el disestrés asociado a la DM (Skinner et al., 2020; Peimani et al., 2022). El estudio EMBARK probó tres programas de intervención para reducir el disestrés en un grupo de adultos con diabetes tipo 1, aplicando un formato virtual grupal durante un período de tres a cuatro meses, incluidos talleres iniciales, llamadas telefónicas individuales y reuniones de seguimiento. Al cabo de los meses establecidos, el 74% de los participantes de todos los programas informaron reducción y el 35 % comunicó ya no percibir, niveles elevados de DD. La intervención que integró la educación y los enfoques emocionales centrados a disminuir la angustia relacionada a la diabetes, fue el enfoque con el que se obtuvo la mayor reducción del DD (Hessler et al., 2024).

Otro aspecto a considerar es ampliar el conocimiento sobre los síntomas y las experiencias de los AM con DM2 relacionados al diagnóstico de DDM entre los profesionales de la salud y familiares de los pacientes. En efecto, estos actores se ven implicados en estas situaciones vitales de los pacientes y actitudes o respuestas inadecuadas pueden incluso contribuir al incremento del DDM (Skinner et al., 2020; Hernandez et al., 2020). Para los AM convivir con DM es una situación compleja y requieren un apoyo específico para el manejo de su enfermedad. Las

asociaciones positivas, comprometidas, terapéuticas y el apoyo del personal de salud mejoran esta experiencia. La atención particular a las limitaciones de comunicación y la comprensión de los desafíos que impactan la vida diaria de estos AM adultos mayores pueden mejorar los resultados relacionados con la condición, el bienestar psicológico y disminuir el DDM (Hernandez et al., 2020). Una mayor información ayudaría a los proveedores de atención médica a optimizar su atención y colaborar con mejorar los resultados para los AM que padecen este trastorno.

En base a la evidencia presentada, se propone un enfoque de trabajo holístico basado en el apoyo psicosocial para acompañar al paciente en esta patología crónica. Es conveniente potenciar el autocuidado mediante la formación de redes de ayuda, autocomprensión de la problemática mediante la educación para la salud, la participación activa en trabajos psicoemocionales, hábitos alimentarios saludables (y no la lacónica indicación: “dieta”) actividad física adecuada, medidas médicas y actividades sociales, en síntesis un encuadre PINE/PNEI.

En este marco, desde hace quince años se lleva adelante un modelo de apoyo al autocuidado denominado “Programa Aprendiendo a Vivir” desarrollado desde el Instituto de Biología Celular, la Cátedra de Biología Celular Histología y Embriología y la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, el Comité de Gerontología de la Sociedad Argentina de Diabetes y la Fundación Grupo de Amigos de los Diabéticos en Villa Carlos Paz, provincia de Córdoba. Este programa está basado en la participación individual y grupal en actividades de estimulación cognitiva y adaptación a los cambios, educación para la salud, actividad física adaptada para favorecer la memoria de procedimientos, la coordinación física y la prevención de caídas. También en el marco de este programa se realizan encuentros y actividades sociales, a fin de potenciar el desarrollo personal y la contención generando redes de interconexión social (Díaz et al., 2024).

Conclusiones

Los adultos mayores con DM y su entorno pueden desarrollar disestrés y entorno, que si no se “maneja” de forma adecuada interfiere con el autocuidado deseable, causando complicaciones severas que afectan la independencia funcional y la calidad de vida de la persona y su entorno. Agravando así los problemas de salud, favoreciendo otras y aumentando la morbimortalidad del paciente y el sufrimiento de sus familiares.

Por ello, la recomendación es una propuesta de abordaje transdisciplinario e integral de esta situación que favorezca una mayor aceptación de la enfermedad en los pacientes y su entorno y potencie el autocuidado. En la experiencia de los autores, una intervención efectiva y afectiva, además de medidas médicas, incluye educación para la salud, en particular hábitos alimentarios saludables, participación activa en tareas psicoemocionales, actividad física adecuada y sociales que permitan la formación y acrecentamiento de redes de contención emocional y ayuda.

Bibliografía

- An, J., Nichols, G. A., Qian, L., Munis, M. A., Harrison, T. N., Li, Z., Wei, R., Weiss, T., Rajpathak, S. y Reynolds, K. (2021). Prevalence and incidence of microvascular and macrovascular complications over 15 years among patients with incident type 2 diabetes. *BMJ open diabetes research & care*, 9(1), e001847. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2020-001847>.
- Azadbakht, M., Taheri Tanjani, P., Fadayevatan, R., Froughan, M. y Zanjari, N. (2020). The prevalence and predictors of diabetes distress in elderly with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes research and clinical practice*, 163, 108133. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108133>.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M. y Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: theory and application to intellectual functioning. *Annual review of psychology*, 50, 471–507. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.471>.
- Beléndez Vázquez, M., Lorente Armendáriz, I. y Maderuelo Labrador, M. (2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gaceta sanitaria*, 29(4), 300–303. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.02.005>.
- Boehmer, K., Lakkad, M., Johnson, C. y Painter, J. T. (2023). Depression and diabetes distress in patients with diabetes. *Primary care diabetes*, 17(1), 105–108. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2022.11.003>.
- Bonikowska, I., Szwamel, K. y Uchmanowicz, I. (2021). Analysis of the Impact of Disease Acceptance, Demographic, and Clinical Variables on Adherence to Treatment Recommendations in Elderly Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8658. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168658>.
- Bottaccioli, F. y Bottaccioli, A. G. (2024). Estrés, cáncer y Psiconeuroinmunoendocrinología (Pinelatinoamericana, Trad.). *Pinelatinoamericana*, 4(2), 49-58. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/pinelatam/article/view/45109>.
- Chew, B. H., Vos, R. C., Metzendorf, M. I., Scholten, R. J. y Rutten, G. E. (2017). Psychological interventions for diabetes-related distress in adults with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD011469. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011469.pub2>.
- Cigolle, C. T., Kabeto, M. U., Lee, P. G. y Blaum, C. S. (2012). Clinical complexity and mortality in middle-aged and older adults with diabetes. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 67(12), 1313–1320. <https://doi.org/10.1093/geron/gls095>.
- Cólica, P. R. (2021). Conductas emocionales y estrés. *Pinelatinoamericana*, 1(1), 12-17. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/pinelatam/article/view/36036>.
- Dennick, K., Sturt, J. y Speight, J. (2017). What is diabetes distress and how can we measure it? A narrative review and conceptual model. *Journal of diabetes and its complications*, 31(5), 898–911. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2016.12.018>.
- Díaz-Gerevini, G. T., Repposi, G., Dain, A., Tarres, M. C., Das, U. N. y Eynard, A. R. (2014). Cognitive and motor perturbations in elderly with longstanding diabetes mellitus. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 30(6), 628–635. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2013.11.007>.
- Díaz, G.T., Parisi, C., Avila, M.B. y col. (2024). Manual de Manejo del Adulto Mayor con Diabetes. Editorial Académica Española.

- Eva, J. J., Kassab, Y. W., Neoh, C. F., Ming, L. C., Wong, Y. Y., Abdul Hameed, M., Hong, Y. H. y Sarker, M. M. R. (2018). Self-Care and Self-Management Among Adolescent T2DM Patients: A Review. *Frontiers in endocrinology*, 9, 489. <https://doi.org/10.3389/fendo.2018.00489>.
- Eynard, M. (2014). Sensaciones, cuerpo y clase. Percepciones del padecimiento en jóvenes con diabetes en la Ciudad de Córdoba, *Diaeta (B. Aires)*: 32 (148): 31-37.
- García-Fernández, P. (2022) Un modelo de supervisión con Equipo Reflexivo para la formación de terapeutas con enfoque integrativo. *Pinelatinoamericana*, 2(2), 125-136. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/pinelatam/article/view/38374>.
- Gonzalez, J. S., Tanenbaum, M. L. y Commissariat, P. V. (2016). Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice. *The American psychologist*, 71(7), 539–551. <https://doi.org/10.1037/a0040388>.
- Helgeson, V. S., Van Vleet, M. y Zajdel, M. (2020). Diabetes stress and health: Is aging a strength or a vulnerability?. *Journal of behavioral medicine*, 43(3), 426–436. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00106-4>.
- Hernandez, L., Leutwyler, H., Cataldo, J., Kanaya, A., Swislocki, A. y Chesla, C. (2019). Symptom Experience of Older Adults With Type 2 Diabetes and Diabetes-Related Distress. *Nursing research*, 68(5), 374–382. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000370>.
- Hernandez, L., Leutwyler, H., Cataldo, J., Kanaya, A., Swislocki, A. y Chesla, C. (2020). The Lived Experience of Older Adults With Type 2 Diabetes Mellitus and Diabetes-Related Distress. *Journal of gerontological nursing*, 46(3), 37–44. <https://doi.org/10.3928/00989134-20200129-05>.
- Hessler, D. M., Fisher, L., Guzman, S., Strycker, L., Polonsky, W. H., Ahmann, A., Aleppo, G., Argento, N. B., Henske, J., Kim, S., Stephens, E., Greenberg, K. y Masharani, U. (2024). EMBARK: A Randomized, Controlled Trial Comparing Three Approaches to Reducing Diabetes Distress and Improving HbA1c in Adults With Type 1 Diabetes. *Diabetes care*, 47(8), 1370–1378. <https://doi.org/10.2337/dc23-2452>.
- Lang, P. (2022). Empatía, intuición y cognición en el proceso terapéutico de adultos mayores. *Pinelatinoamericana*, 2(3), 194-202. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/pinelatam/article/view/39248>
- Luciani, M., Rossi, E., Reborá, P., Stawnychy, M., Ausili, D. y Riegel, B. (2021). Clinical and Socio-demographic Determinants of Self-care Maintenance, Monitoring and Management in US Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. *Clinical nursing research*, 30(3), 285–292. <https://doi.org/10.1177/1054773820916987>.
- McPherson, M. L., Smith, S. W., Powers, A. y Zuckerman, I. H. (2008). Association between diabetes patients' knowledge about medications and their blood glucose control. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 4(1), 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2007.01.002>.
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). Declaración de Alma Ata. OPS: 1-3. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Peimani, M., Garmaroudi, G., Stewart, A. L., Yekaninejad, M., Shakibazadeh, E. y Nasli-Esfahani, E. (2022). Type 2 Diabetes Burden and Diabetes Distress: The Buffering Effect of Patient-centred Communication. *Canadian journal of diabetes*, 46(4), 353–360. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2021.11.007>.
- Polonsky, W. H., Fisher, L., Earles, J., Dudl, R. J., Lees, J., Mullan, J. y Jackson, R. A. (2005). Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. *Diabetes care*, 28(3), 626–631. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.3.626>.
- Roquet, A., Martinelli, P., Lampraki, C. y Jopp, D. S. (2024). Internet Use as a Moderator of the Relationship Between Personal Resources and Stress in Older Adults: Cross-Sectional Study. *JMIR aging*, 7, e52555. <https://doi.org/10.2196/52555>.

Rubin, R. R., Peyrot, M. y Siminerio, L. M. (2006). Health care and patient-reported outcomes: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes care*, 29(6), 1249–1255. <https://doi.org/10.2337/dc05-2494>.

Skinner, T. C., Joensen, L. y Parkin, T. (2020). Twenty-five years of diabetes distress research. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 37(3), 393–400. <https://doi.org/10.1111/dme.14157>.

Snoek, F. J., Bremmer, M. A. y Hermanns, N. (2015). Constructs of depression and distress in diabetes: time for an appraisal. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 3(6), 450–460. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00135-7](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00135-7).

Sun, X., Shi, Y., Wang, X., Zhou, R. y Deng, W. (2024). Diabetes-related stress in older adults with type 2 diabetes and chronic complication: Multiple effects of social-ecological support on self-management behavior. *Medicine*, 103(17), e37951. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037951>

Thanakwang, K., Thinganjana, W. y Konggumnerd, R. (2014). Psychometric properties of the Thai version of the Diabetes Distress Scale in diabetic seniors. *Clinical interventions in aging*, 9, 1353–1361. <https://doi.org/10.2147/CIA.S67200>.

Williams, I. C., Clay, O. J., Ovalle, F., Atkinson, D. y Crowe, M. (2020). The Role of Perceived Discrimination and Other Psychosocial Factors in Explaining Diabetes Distress Among Older African American and White Adults. *Journal of applied gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society*, 39(1), 99–104. <https://doi.org/10.1177/0733464817750273>.

Zareban, I., Karimy, M., Niknami, S., Haidarnia, A. y Rakhshani, F. (2014). The effect of self-care education program on reducing HbA1c levels in patients with type 2 diabetes. *Journal of education and health promotion*, 3, 123. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.145935>.

Originalidad:

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio en forma completa o parcial.

Limitaciones de responsabilidad:

La responsabilidad de este trabajo es exclusivamente de sus autoras y autores.

Conflicto de interés:

Ninguno

Fuentes de apoyo:

El presente trabajo no contó con fuentes de financiación.

Cesión de derechos:

Las autoras y autores de este trabajo ceden el derecho de autor a la revista *Pinelatinoamericana*.

Contribución de los autores:

Las autoras y autores han elaborado y participado en cada una de las etapas del manuscrito, se hacen públicamente responsable de su contenido y aprueban esta versión final.