



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERIA



**“VALIDACIÓN DE LA APLICABILIDAD DE UNA GUÍA DE VALORACIÓN PARA LA
OBTENCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL ESTILO DE VIDA DEL
ADULTO MAYOR QUE VIVE CON DIABETES”.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA:

LOURDES SOLÍS GONZÁLEZ

DIRECTOR DE TESIS:

D.C.S. GABRIELA MALDONADO MUÑIZ

CODIRECTOR DE TESIS:

M.C.E. CLAUDIA ATALA TREJO GARCÍA

TLAHUELILPAN DE OCAMPO, HIDALGO; DICIEMBRE 2019



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN
LICENCIATURA EN ENFERMERIA



"VALIDACIÓN DE LA APLICABILIDAD DE UNA GUÍA DE VALORACIÓN PARA
LA OBTENCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL ESTILO DE
VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE VIVE CON DIABETES".

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA:

PLESS LOURDES SOLÍS GONZÁLEZ

DIRECTOR DE TESIS:

D.C.S. GABRIELA MALDONADO MUÑIZ

CODIRECTOR DE TESIS:

M.C.E. CLAUDIA ATALA TREJO GARCÍA



SINODALES:

PRESIDENTE: DRA. EDITH ARACELI CANO ESTRADA

SECRETARIO: D.C.E BENJAMIN LOPEZ NOLASCO

VOCAL: D.C.S. GABRIELA MALDONADO MUÑIZ

SUPLENTE: M.C.E. CLAUDIA ATALA TREJO GARCÍA



TLAHUELILPAN DE OCAMPO, HIDALGO; DICIEMBRE 2019

DEDICATORIAS

A DIOS

Le doy infinitas gracias, por haberme acompañado siempre, por nunca soltar de mi mano y darme la fuerza para culminar esta etapa tan importante de mi vida.

A MIS PADRES

Quienes han sido una guía y el camino para poder llegar a este punto de mi carrera, Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha convertido en una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han infundido siempre, por el valor mostrado para salir adelante, por compartir tristezas y alegrías, éxitos y fracasos, por todos los detalles que me han brindado durante mi vida, por hacer de mi lo que soy y más que nada por su amor... Gracias

De manera especial le dedico este trabajo a mi abuelo Dolores, que aunque ya no está aquí conmigo acompañándome en este momento importante de mi vida, sé que desde el cielo el me cuida y está orgulloso por este logro.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a la Doctora en Ciencias de la Salud Gabriela Maldonado Muñiz directora de esta tesis, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

Gracias a mis padres, por su infinito amor, por ser los principales motores de mis sueños, por confiar y creer en mí, por los consejos y por permitir trazar mi camino y caminar con mis propios pies.

El bálsamo y el perfume alegran el corazón: los consejos del amigo alegran el alma. (Proverbios 27:9) A ti Salatiel, mi tan querido amigo, gracias por su apoyo y amor incondicional, por estar presente en este logro más de mi vida, por ser el impulsor de este trabajo porque si no fuera por ti quizás no hubiera realizado esta tesis, y sobre todo gracias por iluminar mi vida.

ÍNDICE

DEDICATORIAS	1
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
IV. MARCO TEORICO	9
4.1 Adulto mayor que vive con diabetes.....	9
4.2 Cuidado de enfermería.....	16
4.3 Validez	27
4.4 Guía de valoración	27
V. OBJETIVOS.....	28
VI. METODOLOGIA.....	29
6.1 Tipo de estudio.....	29
6.2 Diseño metodológico.....	29
6.3 Limites, tiempo y espacio.....	29
6.4 Universo	29
6.5 Muestra.....	29
6.6 Variables	29
6.7 Instrumentos.....	29
6.8 Procedimientos	30
6.9 Difusión	31
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	32
VIII. RESULTADOS	33
IX. DISCUSIÓN.....	46
X. CONCLUSIONES.....	47
XI. RECOMENDACIONES	48
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
XIII. APÉNDICE Y ANEXO	55

INDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1 Mapeo del dominio del estilo de vida "Responsabilidad en salud" con los dominios, clases y diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, en adultos mayores que viven con diabetes, Taxhuada, Hidalgo, 2017.	35
Cuadro No. 2 Mapeo del dominio del estilo de vida "Actividad física" con los dominios, clases y diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, en adultos mayores que viven con diabetes, Taxhuada, Hidalgo, 2017.	37
Cuadro No. 3 Mapeo del dominio del estilo de vida "Nutrición" con los dominios, clases y diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, en adultos mayores que viven con diabetes, Taxhuada, Hidalgo, 2017.	39
Cuadro No. 4 Mapeo del dominio del estilo de vida "Relaciones interpersonales" con los dominios, clases y diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, en adultos mayores que viven con diabetes, Taxhuada, Hidalgo, 2017.	41
Cuadro No. 5 Mapeo del dominio del estilo de vida "Crecimiento espiritual" con el dominio, clase y diagnóstico de enfermería de la NANDA-I, en adultos mayores que viven con diabetes, Taxhuada, Hidalgo, 2017.	42
Cuadro No. 6 Mapeo del dominio del estilo de vida "Manejo del estrés" con los dominios, clases y diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, en adultos mayores que viven con diabetes, Taxhuada, Hidalgo, 2017.	43

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica no. 1 Frecuencia de diagnósticos de enfermería del dominio "Responsabilidad en Salud" en adultos mayores que viven con diabetes, taxhuada hidalgo, 2017.	36
Gráfica no. 2 Frecuencia de diagnósticos de enfermería del dominio "actividad física" en adultos mayores que viven con diabetes, taxhuada hidalgo, 2017.	38
Gráfica no. 3 frecuencia de diagnósticos de enfermería del dominio "Nutrición" en adultos mayores que viven con diabetes, taxhuada hidalgo, 2017.	40
Gráfica no. 4 Frecuencia de diagnósticos de enfermería del dominio "Relaciones Interpersonales" en adultos mayores que viven con diabetes, taxhuada hidalgo, 2017.	41
Gráfica no. 5 Frecuencia de diagnósticos de enfermería del dominio "Manejo del Estrés" en adultos mayores que viven con diabetes, taxhuada hidalgo, 2017.	44
Gráfica no. 6 Frecuencia de diagnósticos por dominio en adultos mayores que viven con diabetes, taxhuada hidalgo, 2017	45

RESUMEN

La valoración incluye la recolección de información subjetiva y objetiva que se debe realizar para hacer un diagnóstico preciso y seguro para el cuidado del paciente.

Objetivo: Comprobar la validez de la Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes. **Metodología:** estudio cuantitativo, no experimental, transeccional, exploratorio, con una muestra de 35 personas mayores de 65 años, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, usuarios del centro de salud de Taxhuada, Hidalgo, México. **Resultados:** n=35 adultos mayores, tiempo de aplicación de 30 minutos, consta de tres apartados: datos generales, estilo de vida y observaciones, contiene preguntas abiertas y de opción múltiple; a partir de esta guía se identificaron 42 diagnósticos de la taxonomía NANDA-I, se modifican los espacios para el registro, se eliminan algunas opciones de respuesta que no aplica para la población mexicana y se reduce el espacio de los resultados de laboratorio, ya que el adulto mayor no cuenta con ellos al momento de la valoración en el primer nivel de atención. **Conclusión:** La Guía de Valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes, es válida para realizar la valoración de enfermería.

ABSTRACT

The assessment is covering the collection on subjective and objective information; it has to be done in order to get an accurate and safe diagnosis for patient care.

Objective: To verify the validity from the Guide of assessment about the older person lifestyle living with diabetes. **Methodology:** Non-experimental, Quantitative, cross-sectional and exploratory Research, with a sample of 35 people over 65 years old, diagnosed with Diabetes Mellitus type 2, users of the health center of Taxhuada, Mixquiahuala de Juarez, Hidalgo, Mexico. **Outcomes:** n=35 older people, application time 30 minutes, it consists of three sections: general data, lifestyle and observations, it includes open and multiple-choice questions. Based on this guide, 42 diagnoses of the NANDA-I taxonomy were identified, it is made an adequacy on the spaces for registration, some answer options not available to apply on Mexican population are eliminated and the space for laboratory results is reduced, this last action is due to the fact that at the time of the assessment in the first level of care the older person does not have them. **Conclusion:** The Assessment Guide of the older person lifestyle living with diabetes is acceptable for nursing assessment.

Validación de la aplicabilidad de una guía de valoración para la obtención de diagnósticos de enfermería en el estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el estilo de vida está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela y medios de comunicación. Son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones.

En la etapa de la valoración permite identificar el compromiso de las personas con la realización de conductas saludables, y aquellas dimensiones del estilo de vida en las que es más urgente intervenir. Si bien podría ser de gran utilidad en nuestros centros de atención primaria contar con una guía de valoración del estilo de vida específicamente para el adulto mayor que vive con diabetes.

La presente tesis tiene el fundamento en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, quien expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud; se incluyen las características biológicas, psicológicas y socioeconómicas del adulto mayor, así mismo la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la diabetes.

Posteriormente se describe la metodología a seguir, las consideraciones éticas, así como el tiempo en el que se ejecutó la tesis. Se obtuvieron diagnósticos de enfermería mediante la aplicación de una guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes siendo el primer paso para otorgar el cuidado de forma sistematizada con el Proceso Atención de Enfermería.

II. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial por edades de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta además siendo más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Ello supone también un incremento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad. En la última década, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes. ⁽¹⁾

Esta Enfermedad es una emergencia mundial en la salud pública da lugar a cambios en estilo de vida de los adultos mayores, aumento de gasto sanitario y aumento numeroso de muertes a nivel mundial, es una de las mayores convergencias del siglo XXI de acuerdo a la Federación Internacional De Diabetes (IDF) más de 415 millones de personas tienen diabetes, para 2040 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 642 millones, se estima que 1 de cada 11 adultos vive con diabetes además esta enfermedad ha conllevado al menos 548 millones de dólares de gasto sanitario en 2012; el 11% de los gastos totales en sanidad en adultos (20-79 años). ⁽²⁾

La Federación Mexicana de Diabetes señala que la diabetes se encuentra en las primeras causas de muerte en México refiriendo 4 millones de adultos diagnosticados con diabetes, las cifras de diagnóstico aumentan después de los 50 años, en el país los estados con mayor prevalencia son Ciudad de México, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango, y San Luis Potosí, la diabetes en el país ha representado un gasto de 3,430 millones de dólares al año en su atención y complicaciones. ⁽³⁾

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016) identificó en Hidalgo la prevalencia de diabetes en adultos es de 9.4%, esto no representa una diferencia significativa en comparación con 2012 (9.2%). Esto refleja una

desaceleración ya que, de haber continuado con la misma tendencia, en el 2016 esperaríamos una prevalencia de 10.2%. Ha aumentado el porcentaje de personas con diagnóstico médico previo de diabetes que reportaron recibir tratamiento con insulina, entre 2000-2016. El 87.8% de los pacientes reportó recibir tratamiento para el control de la diabetes. En el último año, 15.2% refirieron tener al menos una medición de hemoglobina glucosilada y 4.7% de microalbuminuria. Aún existe una elevada cantidad de personas que viven con diabetes que no realizan acciones de prevención. ⁽⁴⁾

López Carmona y cols., en el 2002 realizaron un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en unidades de medicina familiar de la delegación Estado de México Oriente, del Instituto Mexicano del Seguro Social, con esto diseñaron un instrumento de autoadministración, titulado instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID) en el periodo de Entre marzo de 2001 y abril de 2002. Se aplicó el instrumento en dos días diferentes a 412 sujetos adultos con diabetes mellitus. El instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos es el primer cuestionario específico para sujetos con diabetes mellitus tipo 2 y tiene validez aparente, validez de contenido y buen nivel de consistencia. ⁽⁵⁾

Reséndiz de Lejita y cols., en el 2007 en el trabajo realizado en la Clínica de Diabetes de la Unidad de especialidades médicas de la Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA) determinaron si existe asociación entre los dominios de (estilo de vida) IMEVID, su muestra no fue aleatoria sino seleccionada por prevalencia en una población de 3,250 pacientes y finalmente una vez aplicando los criterios, exclusión y eliminación, fueron analizados 354 observaciones. En el 2007 encontraron que existe asociación de estilo de vida y el dominio adherencia terapéutica con glicemia, al emplear el Instrumento para la medición de estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (IMEVID); por el contrario no se encontró asociación de los dominios de nutrición, actividad física, consumo de alcohol, consumo de trabajo emociones e información sobre diabetes con glicemia.

⁽⁶⁾

Ramírez Vélez y cols., en el 2011 con su trabajo “cuestionario Fantástico” para ayudar a los profesionales de la salud a medir los estilos de vida de sus pacientes, cuyo objetivo fue evaluar la fiabilidad y validez del cuestionario, traducido al español en la versión de 3 opciones de respuesta, se aplicó a un grupo de adultos colombianos por entrevista auto diligenciado en 550 personas. Se encontró correlación intercalar como buenas y aceptables, en las diferentes categorías del cuestionario Fantástico. ⁽⁷⁾

Jiménez Rodríguez y cols., en el 2016 con su trabajo decidieron Traducir y validar al español un cuestionario específico para detectar el riesgo de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) en sujetos con Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1). Analizaron su concordancia con una versión resumida y con la herramienta de referencia Eating Attitudes Test con 26 reactivos (EAT-26). El análisis factorial resultó dar 5 factores: Actitudes alimentarias; Conductas bulímicas, Control de peso; Evitación, y Restricción. La muestra estuvo compuesta por 112 adultos con DMT1 tomaron características como el peso, la talla, el Índice de Masa Corporal, la edad y la edad de inicio fueron evaluadas. Su conclusión fue haber desarrollado un cuestionario en Español capaz de identificar el riesgo de TCA específico para sujetos con DMT1 que detectó un 10% más de casos y estos fueron diferentes a los detectados por el EAT-26. Para identificar correctamente los TCA en diabéticos es necesario utilizar herramientas de cribado específicas. ⁽⁸⁾

Ramón Gómez, y cols., en el 2013 con su trabajo titulado Validación del Cuestionario "Cuestionario de Satisfacción del Tratamiento de la Diabetes" (DTSQ) en La Población española tuvieron el objetivo de estudio fue evaluar las propiedades psicométricas diseñado para medir la satisfacción y el cambio en la satisfacción con el tratamiento en pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 1 seleccionado 380 pacientes, 203 con DM tipo 1 y 177 con DM tipo 2 el cuestionario se administró en la visita inicial (solo la versión estado), a las 24 semanas de seguimiento (visita final) y telefónicamente 7 días antes de la visita final para poder evaluar la fiabilidad test-retest del cuestionario. El cuestionario DTSQ, en sus

versiones estado y cambio, se muestra como un instrumento consistente, válido y fiable para evaluar la satisfacción y el cambio en la satisfacción con el tratamiento de los pacientes españoles con DM tipo 1 o 2.⁽⁵⁾

Lazcano Ortiz y cols., en el 2007 con su trabajo titulado “Validación del instrumento afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 para valorar las propiedades psicométricas de la escala de afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en población mexicana”. La escala se aplicó a 200 participantes con diabetes mellitus tipo 2. Para validar el constructo se realizó la extracción de factores con componentes principales y rotación Varimax, con valores por arriba de 1 y cargas de factor mayores, se concluyó que la escala tiene consistencia interna y validez de constructo incipiente, los datos reportados en este estudio deben tomarse en cuenta con cautela. Es conveniente revisar de nuevo los reactivos y adecuarlos a la cultura particular, y probar la escala de nuevo con pacientes con enfermedades crónicas degenerativas a fin de contar con instrumentos culturalmente equivalentes.⁽¹⁰⁾

Felicitas Ocampo y cols., en el 2007 decidieron determinar si existía asociación entre los dominios (estilo de vida) de IMEVID con la glicemia en pacientes con diabetes tipo 2 solicitaron atención en la clínica de diabetes de la unidad de especialidades médicas en el periodo de octubre a noviembre del 2007 con una muestra seleccionada por conveniencia en el orden de asistencia a consulta de los pacientes con una población estimada de 3250 pacientes, que finalmente los criterios de exclusión y eliminación fueron analizadas 354 pacientes obteniendo resultados del análisis de correlación entre las categorías de las variables sociodemográficas muestra fue la débil pero significativa la adherencia terapéutica del estilo de vida con las mediciones de glicemia. ⁽¹¹⁾

Fernández Larrea y cols., realizaron un estudio de Estilo de Vida bienestar subjetivo y salud de los ancianos y aplicaron los siguientes test; el Test PFEIFEFER para descartar déficit intelectual; el deterioro intelectual, se estudiaron 324 ancianos se

le aplico el cuestionario de Neugarten para determinar bienestar psicológico y una última encuesta para obtener edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad, obtuvieron gran cantidad de datos y obteniendo información como si vivían con pareja, hijos y el aspecto beneficioso que esto representaba, también sobre su actividades que emplean en su tiempo libre, sus hábitos así detectando la relación con la morbilidad por la prevalencia de enfermedades crónicas resultaban elevadas. (12)

Acosta Quiroz y cols., en el 2011 con su estudio para evaluar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez del Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores del sur del estado de Sonora en México. En el cual ase encuesto a 794 adultos mayores de 60 y 98 años, quienes se aplicaron diferentes cuestionarios, mostrando el puntaje global de la calidad de vida para los adultos contando con una palia la validez del cuestionario y citado es un instrumento confiable y valido para adultos mayores de la zona.⁽¹³⁾

Beristáin García y cols., y con su guía de valoración del paciente adulto basado en el modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender que propone sirve como herramienta para proporcionar el cuidado integral, con este instrumento para la valoración mostrando validez de contenido, que puede ser útil para la valoración que realiza enfermería en el primer nivel de salud y en base a los resultado elaborar el proceso enfermero, y probado en el primer nivel de salud se sugiere validar si uso a nivel hospitalario, para realizar planes de alta. (14)

La realización de esta investigación beneficia en primer lugar a los adultos mayores que viven con diabetes ya que fue un espacio para comunicar sus necesidades, por otra parte al personal de enfermería tiene la responsabilidad de validar y colaborar en conocimiento que comprometa la profesión, con el presente trabajó se cuenta con una guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que conduce al proceso diagnóstico, lo que fortalece la base científica del quehacer de enfermería.

Es viable realizar la investigación ya que estamos comprometidos con la profesión de enfermería, se cuentan con recursos básicos como: tres laptops, material de papelería, libros de investigación, además de material científico como son manuales, programas de diabetes, normas de SSA, un área de trabajo específica, memorias USB, servicio de internet, y recursos económicos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, desde las moléculas a los sistemas fisiológicos, que llevan a que la persona tenga una mayor predisposición a desarrollar ciertas enfermedades y como consecuencia presente un mayor riesgo de muerte.

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad. El envejecimiento de la población puede considerarse un logro de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y seguridad.

Las enfermedades crónicas degenerativas, son padecimientos regularmente asociados con la edad y el envejecimiento. De este grupo las más importantes y que son un problema de salud pública como: Diabetes mellitus e Hipertensión Arterial. Existen otros factores asociados a ellos como son la edad, el exceso de peso, factores hereditarios, hábitos nocivos que afectan la salud.

Siendo de gran importancia realizar una valoración para recoger datos globales acerca de las respuestas humanas a los procesos de salud, actualmente no se cuenta con una guía específica para el adulto mayor que vive con diabetes y de primer nivel de atención.

Por lo anterior se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuál es la validación de la aplicabilidad de la guía de valoración para la obtención de diagnósticos de enfermería en el estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes?

IV. MARCO TEORICO

4.1 Adulto mayor que vive con diabetes

La OMS considera al adulto mayor a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. ⁽¹⁵⁾

El envejecimiento es un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas. Cada persona envejece de manera diferente, dependiendo de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida. Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona. Los cambios biológicos relacionados con la edad son los siguientes:

Sistemas sensoriales

1. Visión

- Disminuye el tamaño de la pupila.
- Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana.
- Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.

2. Audición

- Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas. ⁽¹⁶⁾

3. Gusto y olfato

- Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas.
- Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos. La combinación de esos dos factores es una de las causas por la que la mayoría de los usuarios se quejan de las comidas servidas en las instituciones de atención socio sanitaria.

4. Tacto

La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto. Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son:

- Aparición de arrugas.
- Manchas.
- Flacidez.
- Sequedad.

Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica (cremas).

Sistemas orgánicos

1. Estructura muscular

Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.

2. Sistema esquelético

- La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos.
- Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura.⁽¹⁶⁾

Estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a las siguientes causas: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación, etc.

3. Articulaciones

Se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones. La principal consecuencia es el dolor.

4. Sistema cardiovascular

- El corazón: aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios.
- Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis). El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre.
- Las válvulas cardíacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse.

Todo estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.

5. Sistema respiratorio

Su rendimiento queda mermado debido a diversos factores, entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios). Todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10% y un 15%, y en la aparición de una enfermedad respiratoria, el enfisema, muy común en personas de edad avanzada.⁽¹⁶⁾

6. Sistema excretor

El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional. El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia.

7. Sistema digestivo

En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.

- Pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación.
- Disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución.
- Reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión.
- Atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor.
- Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por tanto, estreñimiento.
- Vesícula e hígado: en las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado.⁽¹⁶⁾

Cambios psicológicos en el adulto mayor

Durante la vejez acontecen una serie de factores interrelacionados que tienen una importante incidencia en los cambios psicológicos durante el envejecimiento:

- Modificaciones anatómicas y funcionales en el sistema nervioso y órganos de los sentidos.
- Modificaciones en las funciones cognitivas.

- Modificaciones en la afectividad: pérdidas, motivaciones, personalidad.

Los cambios psicológicos pueden estar sujetos a percepciones subjetivas tanto de la persona que los manifiesta como de la persona que puede evaluarlos. Hay personas que viven con seria preocupación el declive de algunas funciones y otras que no lo valoran adecuadamente. En general con el envejecimiento existe un declive y un enlentecimiento de las capacidades cognitivas, aunque existe una enorme variabilidad y depende de numerosos factores (nivel educativo, dedicación laboral, actividad física, etc)

1) Procesado de la información. Existe un enlentecimiento en general que puede ocasionar un enlentecimiento también en la emisión de respuestas. Hay una serie de factores que pueden afectar negativa al procesamiento de la información: estados de ánimo negativos, ansiedad, preocupación ante las pérdidas que se detectan lo que incrementa la ansiedad.

2) Inteligencia. Se mantiene estable durante la etapa de la vejez aunque suele aparecer un enlentecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema. Este enlentecimiento puede manifestarse como fatiga intelectual, pérdida de interés, dificultades en la concentración. No obstante los cambios significativos en la inteligencia se apreciarían a partir de los 70 años. Existen dos tipos de inteligencia: la fluida y la cristalizada.

3) Memoria. La memoria inmediata se mantiene relativamente bien preservada. La memoria a largo plazo se mantiene conservada. Es la memoria reciente la que empieza mostrar déficits, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes. Estos pequeños olvidos cotidianos suelen ser el signo más característico de los cambios psíquicos en el mayor.

4) Lenguaje. La capacidad de lenguaje se mantiene. La forma (sintaxis) no se altera y el proceso comunicativo se mantiene razonablemente bien, aunque puede estar enlentecido.

5) Afectividad emocional. La vejez está marcada por las pérdidas (familiares, laborales, sociales, físicas, etc.). La afectividad depende de la personalidad del propio individuo y de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas. ⁽¹⁷⁾

Cambios sociales

La consideración social de tareas específicas asociadas a cada fase de la vida tiende a clasificar a las personas según su grado de “productividad” en la sociedad. Al adulto mayor no se le adjudica ninguna tarea específica y, por tanto, tiende a ser considerado como “elemento improductivo” del grupo al que pertenece. El individuo puede sentirse solo, sin actividad laboral, poco integrado en la vida social y familiar e incluso inútil. Ante esto el anciano puede desarrollar distintos mecanismos de respuesta ante la situación de vejez, como son: De separación o alejamiento del mundo que le rodea. Puede volverse introvertido, poco comunicativo, egocéntrico, huye del mundo y se refugia en su soledad. De integración, aceptando el envejecimiento con cierta resignación. De actividad, reaccionando ante el sentimiento de inutilidad con la búsqueda de alternativas y actividades provechosas para él y para la sociedad que le ayuden a sentirse útil y potenciarán su autoestima.⁽¹⁸⁾

En las Américas, la diabetes es un grave problema de salud pública y de alto costo que aqueja a todos, sin distinguir edades o niveles socioeconómicos. Hay millones de personas que no saben que tienen la enfermedad y otras tantas que, a pesar de que se les ha diagnosticado, no reciben el tratamiento apropiado. Se subestima la repercusión de la diabetes en las sociedades y las personas. Las personas con diabetes, cuya enfermedad está mal controlada, tienen un riesgo mayor y una incidencia elevada de ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, ceguera, insuficiencia renal, amputación de piernas y muerte prematura.⁽¹⁹⁾

La diabetes no solo acorta la vida productiva, sino que tiene serias repercusiones en la calidad de vida del enfermo y la de su familia. La calidad de vida relacionada con la salud tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los

programas e intervenciones de los profesionales de la salud en el ámbito sanitario-asistencial. Su uso ha sido denominado como una medida centrada en el paciente, la cual, por un lado, mide la opinión de estos respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social y, por el otro, ha sido tomada como una de las variables finales para evaluar la efectividad de las actuaciones médicas del personal de salud y, por ende, de los programas de las instituciones de salud.⁽¹⁹⁾

El diagnóstico de diabetes mellitus a cualquier edad se debe establecer cuando ocurran síntomas de hiperglucemia como: Polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso, acompañado del resultado de una glicemia en cualquier momento del día 200 mg/dL, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida o con los siguientes criterios bioquímicos:

- Hemoglobina glucosilada (HbA1c) \geq a 6.5%.
- Glucosa en ayuno mayor o igual a 126 mg/dL (Ayuno al menos de 8 horas).
- Glucosa en plasma a las 2 horas mayor o igual a 200 mg/dL después de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (Según la técnica descrita por la OMS, por medio de una carga de glucosa anhidra de 75 gr. disuelta en agua).
- Síntomas de hiperglucemia y glucemia mayor o igual a 200 mg/dL, en cualquier momento del día.⁽²⁰⁾

El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.⁽²¹⁾

Tratamiento no farmacológico: se debe tener una evaluación nutricional de manera rutinaria. Las recomendaciones de cambios en el estilo de vida se individualizarán de acuerdo a la funcionalidad y capacidad física. Todos los adultos mayores deben participar lo más activamente posible en un programa de actividad física adaptado, que implique entrenamiento de resistencia, ejercicios de equilibrio y entrenamiento físico cardiovascular.

Tratamiento farmacológico: La metformina se puede considerar como primera línea de tratamiento en adultos mayores con diabetes tipo 2. Así como un adyuvante a la terapia de insulina en aquellos que requieran una terapia de combinada. En aquellos casos en que metformina este contraindicado por daño renal puede ser prescrito insulina, y en el caso de que no sea tolerado, puede ser prescrito un secretagogo de insulina a dosis bajas.

Tratamiento con insulina: La insulina es el medicamento más eficaz para disminuir la glucemia.

Tratamiento complementario: Los adultos mayores diabéticos hipertensos pero sin enfermedad renal, la primera línea de tratamiento antihipertensivo incluye a los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o a los antagonista de los receptores de angiotensina 2. (ARA II). Otra opción son los bloqueadores de los canales de calcio, diuréticos tiazídicos y beta-bloqueadores. Se recomienda considerar el tratamiento con aspirina (75-162mg/día) en adultos mayores diabéticos para prevención primaria de evento cardiovascular.⁽²⁰⁾

4.2 Cuidado de enfermería

El cuidado es la esencia de la enfermería y constituyen un objetivo distintivo, dominante, primordial y unificador. Es un proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual. La relación entre la caridad y la acción correcta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento y la necesidad, y la justicia o la equidad en relación con lo que se debe hacer. Una expresión de amor altruista y activo, es intencional y abarca la identificación del valor y de la conexión que constituye no sólo el valor básico de la enfermería, sino que también es un prerrequisito básico para nuestras vidas. ⁽²²⁾

El cuidar es el desarrollo positivo de la persona a través del Bien. Cuidado se dirige hacia la situación en que está la otra persona. En los contextos profesionales, el cuidado requiere formación y aprendizaje. Es la presencia intencional y auténtica de

la enfermera con otra persona que se reconoce como persona que vive el cuidado y crece en el cuidado. Necesidades para conseguir la comodidad que surgen a partir de situaciones estresantes de cuidado de la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. ⁽²²⁾

El cuidado es la esencia de la profesión de enfermería y se expresa de manera explícita o implícita en el ejército profesional. El cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación. El cuidado es la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. ^(23–25)

El cuidado es la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El cuidado es inherente al ser humano, es la acción que preserva nuestra especie. El cuidado, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona. Los cuidados hacen referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de una persona. ^(26–29)

La metodología para otorgar el cuidado de enfermería es el Proceso de Enfermería individualizado para el cuidado de la persona, familia o comunidad con base a sus necesidades y su entorno a fin de favorecer una calidad de vida.

Este consta de 5 etapas, clínicas, dinámicas e inseparables que con fines didácticos se separan para revisar su definición y fases, indispensables para su aplicación, pero en la realidad de sus cuidados de enfermería no tienen límites. ⁽³⁰⁾

El proceso de enfermería incluye la valoración, el diagnóstico enfermero, la planificación, el establecimiento de objetivos, las intervenciones y la evaluación. Las enfermeras usan la valoración y el juicio clínico para formular hipótesis, o

explicaciones, sobre la presencia de problemas reales o potenciales, riesgos y/o oportunidades de promoción para la salud.

Valoración

La valoración implica la recogida de información subjetiva y objetiva (p. ej., signos vitales, entrevista con el paciente/familia, examen físico) y revisión de la información en la historia del paciente, las enfermeras recogen, asimismo, información sobre las fortalezas (para identificar oportunidades de promoción de la salud) y riesgos (áreas que las enfermeras pueden prevenir o problemas potenciales que pueden posponer). La valoración puede basarse en una teoría de enfermería en concreto, como la desarrollada por la Hermana Callista Roy, Wanda Horta o Dorothea Orem, o en un marco teórico para la valoración como los patrones funcionales de Marjory Gordon. Estos marcos proporcionan una forma de clasificar grandes cantidades de datos en un número manejable de patrones relacionados de categorías de datos.

El funcionamiento de los diagnósticos enfermeros es el razonamiento clínico.

El razonamiento clínico se requiere para distinguir los datos que son normales de los que no lo son, agrupar datos relacionados, reconocer datos que faltan, identificar inconsistencias en los datos y realizar inferencias. El juicio clínico es “una interpretación o conclusión sobre las necesidades, preocupaciones o problemas de salud de un paciente, y/o la decisión de tomar algún tipo de acción al respecto(o no)”. Los aspectos esenciales pueden ser evidentes de forma precoz en la valoración y permitir a la enfermera iniciar el proceso diagnóstico.

Diagnóstico enfermero

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en la relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico enfermero contiene típicamente dos partes: 1) descriptor o modificador y 2) foco del diagnóstico o concepto clave del diagnóstico. Existen algunas excepciones en las cuales un diagnóstico enfermero es solamente una palabra como fatiga (00093), estreñimiento

(00011) y ansiedad (00146). En estos diagnósticos el modificador y el foco están inherentes en el mismo término.

Las enfermeras diagnostican problemas de salud, estados de riesgo y disposición para la promoción de la salud. Los diagnósticos que focalizan en el problema no deberían ser entendidos como más importantes que los diagnósticos de riesgo. Algunas veces un diagnóstico de riesgo puede ser el diagnóstico de máxima prioridad para un paciente.

Cada diagnóstico posee una etiqueta y una definición clara. Es importante mencionar que con solo la etiqueta o con una lista de etiquetas no es suficiente. Es crucial que las enfermeras conozcan las definiciones de los diagnósticos que utilizan de forma más recurrente. Además necesitan saber los “indicadores diagnósticos”, los datos que se usan para diagnosticar y diferenciar un diagnóstico de otro. Estos indicadores diagnósticos incluyen características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo.

Planificación/intervención

Una vez que los diagnósticos han sido identificados deben jerarquizarse con la finalidad de identificar las prioridades de cuidados. Deben identificarse los diagnósticos enfermeros de alta prioridad con la finalidad de que los cuidados puedan ser dirigidos a la resolución de dichos problemas, o a la disminución de la gravedad o riesgo de su aparición.

Los diagnósticos enfermeros se usan para identificar los resultados apropiados de cuidados y planificar las intervenciones específicas de enfermería de manera secuencial. Un resultado de enfermería se refiere a una conducta medible o a una percepción demostrada por una persona, familia, grupo o comunidad en respuesta a una intervención enfermera. La clasificación de resultados de enfermería (NOC) es un sistema que puede ser usado para seleccionar medidas de resultados relacionados con diagnósticos enfermeros. Las enfermeras, a menudo, y de la manera incorrecta, pasan directamente de los diagnósticos enfermeros a las intervenciones sin considerar los resultados deseados. ⁽³¹⁾

Una intervención se define como “cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que una enfermera administra para mejorar los resultados del paciente/cliente”. La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) es una taxonomía completa de intervenciones, basada en la evidencia, que las enfermeras realizan en diversos entornos de salud. Usando el conocimiento enfermero, las enfermeras llevan a cabo intervenciones tanto independientes como interdisciplinarias.

Evaluación

Un diagnóstico enfermero “proporciona las bases para la selección de las intervenciones de enfermería para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad”. El proceso de enfermería frecuentemente se describe como una evolución paso a paso, pero en realidad la enfermera puede ir hacia adelante y hacia atrás durante su desarrollo. Las enfermeras se mueven entre la valoración y el diagnóstico enfermero, por ejemplo cuando se recogen datos adicionales y se agrupan en patrones significativos y se evalúa la precisión del diagnóstico. Igualmente, la eficacia de las intervenciones y la construcción de los resultados identificados se evalúan de manera continua cuando se valora el estado del paciente. La evaluación debe realizarse, finalmente, en cada paso del proceso, así como una vez que el plan de cuidados ha sido implementado.⁽³¹⁾

4.2.1 Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender

Conceptos principales y definiciones

A continuación, se exponen las características y las experiencias individuales que afectan a las acciones de la salud.

Conducta previa relacionada: La frecuencia de comportamientos iguales o parecidos en el pasado. Tiene efectos directos e indirectos sobre la probabilidad de que el paciente adopte conductas que fomenten la salud. ⁽³²⁾

Estilo de vida: Pender define el estilo de vida como actividades libres con un impacto significativo sobre el estado de salud, y que forman parte de un patrón

diario. El comportamiento promotor de salud es una expresión humana dirigida hacia el bienestar óptimo, la realización personal y la vida productiva. Es un aspecto de la valoración individual de la persona receptora del cuidado.⁽³³⁾

Las dimensiones del estilo de vida son Nutrición, Actividad física, Consumo de tabaco y de alcohol, Información sobre diabetes, Emociones y Adherencia terapéutica.

Factores personales: Categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictivos de una conducta determinada y vienen modulados por la naturaleza del comportamiento diana que se esté planteando.

Factores personales biológicos: Incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.

Factores personales psicológicos: Incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud.

Factores socioculturales personales: Algunos factores son la raza, la etnia, la aculturación, la educación y el estado socioeconómico.

Aspectos cognitivos y aspectos específicos de conducta: A los que se le atribuye una importancia mayor a nivel de la motivación; estas variables se pueden modificar mediante las acciones enfermeras.

Beneficios percibidos de acción: Son resultados positivos anticipados de una conducta de salud.

Barreras percibidas de acción: Bloqueos anticipados, imaginados o reales y los costes personales de asumir una conducta determinada.

Autoeficacia percibida: El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta de promoción de la salud. La autoeficacia percibida influye sobre las

barreras percibidas para la acción, de forma que una eficacia más alta determina una mayor percepción de las barreras para conseguir realizar la conducta. ⁽³²⁾

Afecto relacionado con la actividad: Los sentimientos subjetivos positivos o negativos que se producen antes, durante y después de la conducta, y que se basan en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí misma. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que implica que, cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo, mayor será la sensación de eficacia.

Influencias interpersonales: Aspectos cognitivos de los demás. Las influencias interpersonales incluyen: normas (expectativas de las personas significativas), apoyo social (estimulación instrumental y emocional) y modelado (aprendizaje vicario mediante la observación de otras personas que practican una conducta determinada). Las fuentes de estas influencias interpersonales son las familias, los compañeros/amigos y los profesionales sanitarios.

Influencias situacionales: Percepciones y aspectos cogniciones personales ante una determinada situación o contexto y que pueden facilitar o dificultar un comportamiento. Incluyen percepciones de las opciones disponibles, características exigidas y rasgos estéticos del entorno en el cual se plantea realizar una conducta promotora de la salud determinada. Las influencias situacionales pueden condicionar la conducta de salud de forma directa o indirecta.

Antecedentes inmediatos de la conducta y de los resultados de la misma: una conducta se inicia mediante un compromiso para la acción salvo que exista una exigencia contraria que no se pueda evitar o una preferencia competidora que no sea posible resistir.

Compromiso con un plan de acción: El concepto de intención e identificación de una estrategia planificada, que conduce a la aplicación de una conducta de salud.

Exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata: Las exigencias son conductas alternativas sobre las cuales los individuos tienen un bajo control, por la exigencia de contingencias ambientales, como las responsabilidades de trabajo o cuidado familiar. Las preferencias son conductas alternativas sobre las

cuales los individuos ejercen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para un tentempié.

Conducta de promoción de la salud: Es un resultado o consecuencia de una acción orientada a conseguir un efecto positivo sobre la salud, como un bienestar óptimo, la satisfacción personal o una vida productiva. Los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son la ingesta de una dieta saludable, la practica regular de ejercicio, el control del estrés, el logro de un reposo y crecimiento espiritual adecuado, y la formación de relaciones positivas. ⁽³²⁾

Fuentes teóricas: La base que Pender tenía en enfermería, desarrollo humano, psicología experimental y educación le llevó a emplear una perspectiva holística de la enfermería, la psicología social y la teoría del aprendizaje, como base para el modelo de promoción de la salud. El modelo de promoción de la salud integra varios constructos. La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura en 1977 es clave en el modelo de promoción de la salud; esta teoría postula la importancia del proceso cognitivo para la modificación de la conducta. La teoría del aprendizaje social, que actualmente se denominada teoría cognitiva social, incluye las siguientes autocreencias: autoatribución, autoevaluación y autoeficacia. La autoeficacia es un constructo central del modelo de promoción de la salud.

La construcción del modelo de promoción de la salud es parecida a la del modelo de creencia en la salud, que explica las conductas de prevención de la enfermedad; sin embargo, el modelo de promoción de la salud se diferencia del de creencia en la salud en que no incluye el temor o las amenazas como fuente de motivación para la conducta de salud. El modelo de promoción de la salud se amplía para incorporar conductas orientadas a mejorar la salud y las aplica a lo largo de toda la vida. ⁽³²⁾

Principales supuestos: Los supuestos reflejan la perspectiva de la ciencia conductual y destacan el papel activo del paciente en gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno. En la tercera edición de su libro, *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender presenta los principales supuestos del MPS:

1. Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
2. Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
3. Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
4. Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
5. Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.
6. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
7. La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta. ⁽³³⁾

Afirmaciones teóricas: El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. De distinta manera a los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo o la amenaza para la salud como motivación para la conducta sanitaria, el MPS tiene una competencia o un centro orientado al enfoque. La promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano. En su primer libro, *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud. En la cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* aparecen catorce afirmaciones teóricas derivadas del modelo, especificadas a continuación:

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
2. Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal.
3. Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
4. La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
5. La eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
6. El afecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
8. Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modelan su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
9. Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
10. Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.
11. Cuanto mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo. ⁽²²⁾

12. El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.
13. Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.
14. Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud. ⁽²²⁾

4.2.2 Relación entre la valoración de enfermería, el modelo de Promoción de la Salud y el lenguaje de enfermería.

El modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender (MPS) comprende conductas de salud orientado al estilo de vida a lo largo de esta, es condicionado por los factores personales biológicos, psicológicos, socioculturales y se relacionan con sus conductas referentes al estilo de vida logrando aumentar o disminuir en un estilo de vida adecuado y óptimo para la salud.

En el MPS, Pender nombra en el primer constructo de su teoría las características y experiencias individuales donde se encuentra el apartado que retomamos en la investigación: conducta previa, el estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes. ⁽²²⁾

Las herramientas para la valoración enfermera deben ajustarse a las diferentes realidades asistenciales y cubrir las necesidades de los profesionales y pacientes de los servicios de salud y sus contextos clínicos. La heterogeneidad en los contextos clínicos que prestan cuidados enfermeros nos obliga a disponer de herramientas de valoración construidas prácticamente a medida para tales situaciones y validadas en ese entorno, pues las necesidades de cuidado varían enormemente que conlleva un modelo para la investigación que permite generar líneas de desarrollo de instrumentos para la valoración que nos permitan ser preciso y exactos partiendo de los objetivos a alcanzar con el paciente, puede construirse herramientas para la recogida de datos específicos. Para la construcción de nuevas herramientas de valoración implica mezclar en su desarrollo y validación marcos de

valoración existentes basados en teorías sólidas relevantes a la valoración de enfermería para obtener la forma más completa y rápida los datos necesarios para la obtención enfermera ante las necesidades de cuidado más prevalentes, explorando aquellos aspectos que puedan guiar de manera más precisa y exacta.⁽³⁴⁾

4.3 Validez

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir. Por ejemplo, un instrumento válido para medir la inteligencia debe medir la inteligencia y no la memoria. Un método para medir el rendimiento bursátil tiene que medir precisamente esto y no la imagen de una empresa. Un ejemplo “aunque muy obvio” de completa invalidez sería intentar medir el peso de los objetos con una cinta métrica en lugar de con una báscula.

En apariencia es sencillo lograr la validez. Después de todo, como dijo un estudiante: “pensamos en la variable y vemos cómo hacer preguntas o imaginar indicadores sobre esa variable”. Esto resultaría factible en unos cuantos casos (como lo sería el género al que pertenece una persona). Sin embargo, la situación no es tan simple cuando se trata de variables como la motivación, la calidad del servicio a los clientes, la actitud hacia un candidato político y menos aún con sentimientos y emociones, así como de otras variables con las que trabajamos en todas las ciencias. La validez es una cuestión más compleja que debe alcanzarse en todo instrumento de medición que se aplica.⁽³⁵⁾

4.4 Guía de valoración

Guía: Una guía es un recurso que tutela, rige u orienta, que tiene por objetivo y fin el conducir, encaminar y dirigir algo para que se llegue a alcanzar el objetivo deseado.⁽³⁶⁾

Valoración: Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida, selección e interpretación de datos sobre el estado de salud de la persona.⁽³⁷⁾

V. OBJETIVOS

General

Comprobar la validez de la Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.

Específicos

- Aplicar la guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.
- Categorizar los diagnósticos de enfermería de la taxonomía NANDA-I.
- Organizar la guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes, para su aplicación.

VI. METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudio

Estudio de tipo cuantitativo. ⁽³⁵⁾

6.2 Diseño metodológico

Investigación no experimental y diseño transeccional, exploratorio. ⁽³⁵⁾

6.3 Limites, tiempo y espacio

La presente investigación se llevó a cabo en el centro de salud de Taxhuada perteneciente al municipio de Mixquiahuala de Juárez Hidalgo en el mes de Agosto de 2017.

6.4 Universo

El universo estuvo conformado de 120 adultos mayores, aquellos que viven con Diabetes Mellitus tipo 2, inscritos en el Grupo de Ayuda Mutua (GAM) de fin de semana del centro de salud de Taxhuada, del municipio de Mixquiahuala de Juárez Hidalgo.

6.5 Muestra

Se contó con una muestra de 35 personas, que asisten fin de semana y estuvieron de acuerdo con la participación de dicha investigación.

El muestreo fue por disponibilidad, se entrevistó a todas las personas que asistieron los días sábado y domingo hasta que se completó el número de la muestra. ⁽³⁵⁾

6.6 Variables

La variable dependiente es estilo de vida.

Dentro de las variables demográficas se encuentran: edad, género. Religión, estado civil, escolaridad, dependencia económica y seguridad social. (Ver Apéndice 1)

6.7 Instrumentos

Se utilizó la guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes, la construcción se realizó con la revisión de la bibliografía, el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender ⁽³³⁾, el Manual del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud ⁽³⁸⁾, la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus ⁽²¹⁾, la

Guía de Valoración del Paciente Adulto Basado en el Modelo de Promoción de la Salud ⁽¹⁴⁾, la hoja de registro clínico de Enfermería para primer nivel de atención del ISEM, el cuestionario de Morisky-Green ⁽³⁹⁾ y la versión breve del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos ⁽⁴⁰⁾, evidenciando la validez de criterio por la utilización de otros instrumentos que abordan el estilo de vida, y la validez de constructo, por estar vinculada con una teoría de enfermería.

Se organizaron las preguntas de acuerdo a los dominios del perfil del estilo de vida promotor de salud con base en el Modelo de promoción de la salud; la validez de contenido fue realizada por un panel de expertos conformado por la M.C.E. Claudia Átala Trejo García, experta en proceso de enfermería y en modelos y teorías; la M.C.E. Rosa Francisca Rosales Cedillo, experta en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender y en proceso de enfermería; el Doctor en Enfermería Benjamín López Nolasco, experto en proceso de enfermería, en modelos y teorías, y en adulto mayor; y la Lic. En Gerontología Yamilet Guerrero, experta en la atención al adulto mayor.

Los dominios que conforman la guía de valoración son: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual, manejo del estrés, con el fin de obtener datos significativos del estado de salud del adulto mayor que vive con diabetes, a partir de la técnica de entrevista semiestructurada que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias.

6.8 Procedimientos

1. Se solicitó autorización en el centro de salud de Taxhuada de Mixquiahuala de Juárez Hgo. mediante un oficio. (Anexo No. 1)
2. Se seleccionó la muestra.
3. Se explicó el procedimiento a los pacientes y se pidió consentimiento informado. (Apéndice No. 2)
4. Se aplicó la guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con Diabetes Mellitus. (Apéndice No. 3)

5. Con los datos que se obtuvieron de la aplicabilidad de la guía se comprobó su entendimiento.
6. De los datos se obtuvo la información necesaria para realizar diagnósticos de enfermería.
7. La guía se aplicó en dos fines de semana.
8. La guía se aplicó en un lapso de entre 20-30 minutos, una persona se extendió una hora.
9. Se interpretaron algunas preguntas para que los adultos mayores pudieran comprender, las cuales fueron: ¿Lleva una vida sexual activa? Y ¿Considera que necesita apoyo espiritual?
10. Se realizaron los cambios necesarios a la guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.
11. Se hizo el razonamiento diagnóstico por persona y grupal.
12. Se elaboraron tablas y gráficas.

6.9 Difusión

La validación de la aplicabilidad de una guía de valoración para la obtención de diagnósticos de enfermería en el estilo de vida del adulto mayor que vive con Diabetes Mellitus fue presentada en el I Coloquio Nacional de Investigación de Enfermería que se llevó a cabo los días 3 y 4 de Mayo de 2018 en las instalaciones de la Universidad de Aguascalientes en la modalidad oral. (Anexo No. 4)

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

La presente tesis se apegó a lo dispuesto en el Código de Núremberg. Se tomó en consideración lo que establece el consentimiento voluntario del sujeto humano por escrito de cada participante. Fue realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano. Y se llevó a cabo con la autorización del titular de atención de la salud y de conformidad.

Los participantes firmaran el consentimiento informado con base en la Declaración de Helsinki y en la Ley general de salud se establece en el título 5to que involucra los artículos siguientes en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud:

Art. 99. Establece que la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

Art. 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: Fracción III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación; Fracción IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación.

De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación se dictamina que es una investigación sin riesgo para la salud de los participantes, debido a que no se realizaron procedimientos invasivos, solamente se registraron los datos dados por el paciente. Para que el consentimiento informado fuera considerado existente, el sujeto de investigación recibió una explicación clara y completa, de tal forma que pudiera comprenderla.⁽⁴¹⁾

VIII. RESULTADOS

La guía se aplicó a un grupo muestra de 35 adultos mayores, de los cuales 12 corresponden al género masculino y 23 al femenino; la edad media de este grupo fue de 68.48 ± 6.95 años, de los encuestados se encontró que el estado civil varia, del total 11 están casados, 1 es divorciado, 7 están en unión libre y 3 son aun solteros; en cuanto a la seguridad social 32 cuentan con seguro popular, 2 son afiliados al ISSSTE y 1 cuenta con IMSS.

La dependencia económica también es variable pues 21 dependen de su familia, 12 son beneficiarios de gobierno, hay 5 pensionados y 9 deben trabajar.

La media del tiempo de diagnóstico de diabetes fue de 14.17 ± 8.81 años, los medicamentos que ingieren para el control de esta enfermedad se desglosan de la siguiente manera:

23 toman Glibenclamida, 35 Metformina, 8 Enalapril, 2 Metopril, 3 insulina de acción rápida, 2 Nifedipino, 6 insulina de acción intermedia, 3 Losartan, 2 Alopurinol y 1 Amlodipino. Dentro de las complicaciones 4 padecen retinopatía diabética, 1 enfermedad cardiovascular, 2 neuropatía, 20 hipertensión arterial sistémica y 1 con problemas de próstata.

La guía se denomina “Guía de valoración de enfermería del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes”, tuvo un tiempo de aplicación aproximadamente de 30 minutos, consta de tres apartados, contiene preguntas abiertas y de opción múltiple. En el encabezado de la guía se encuentra el nombre de la misma, el objetivo y a los extremos el de la Institución participante.

- En el primer apartado se encuentran los datos generales compuesto por tres preguntas estructuradas de forma abierta: nombre, edad, género y fecha.
- En el segundo apartado denominado conductas del estilo de vida lo conforman seis dominios: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual y manejo del estrés, con un total de 83 preguntas.

- El tercer y último apartado son las observaciones en la cual se tienen que explicar las situaciones o actitudes de la persona entrevistada que pueda apoyar en la valoración.

A partir de la valoración con esta guía, se obtienen los siguientes datos significativos:

En el dominio del estilo de vida “Responsabilidad en salud”: 100 % (n=35) de los adultos mayores realiza glicemia capilar de vez en cuando, no asiste a consultas de nutrición, no cuenta con cartilla de vacunación, evidencia esquema de vacunación incompleto. Se le olvida tomar los medicamentos en día y tiempo, hipertensa, hiperplasia prostática, no tiene detecciones, consume alcohol (pulque) de vez en cuando, no asiste a algún grupo de promoción de la salud, cuando se siente bien deja de tomar los medicamentos.

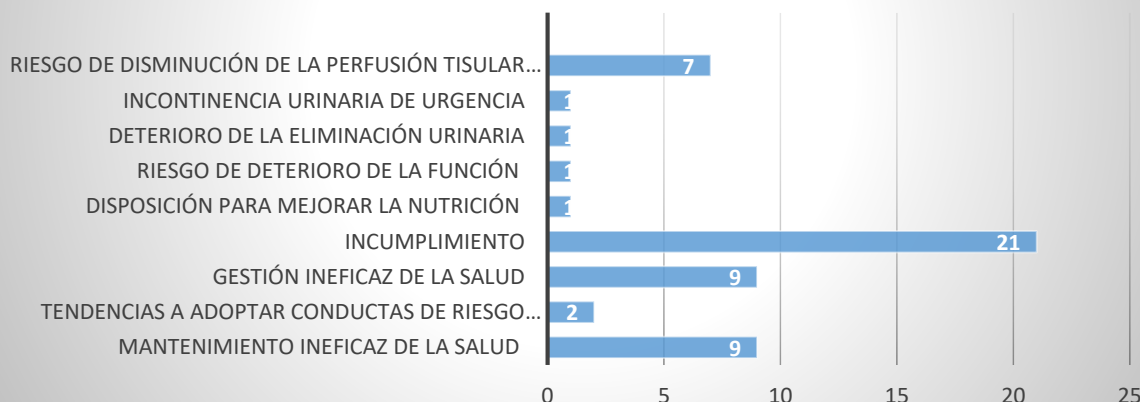
En el proceso diagnóstico, realizado mediante mapeo, se atribuyeron los siguientes diagnósticos: Mantenimiento ineficaz de la salud (00099), Tendencias a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188), Gestión ineficaz de la salud (00078), Incumplimiento (00079, Disposición para mejorar la nutrición (00163), Riesgo de deterioro de la función hepática (00178), Deterioro de la eliminación urinaria (00016), Incontinencia urinaria de urgencia (00019), Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca (00200). Ver cuadro No. 1. La frecuencia de los diagnósticos se presenta en la gráfica No.1

Cuadro No. 1 Mapeo del dominio del estilo de vida "Responsabilidad en salud" con los dominios, clases y diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, en adultos mayores que viven con diabetes, Taxhuada, Hidalgo, 2017.

ESTILO DE VIDA	NANDA-I		
Dominio Responsabilidad en salud:	Dominio	Clase	Diagnóstico de Enfermería
Realiza glicemia capilar de vez en cuando, no asiste a consultas de nutrición, no cuenta con cartilla de vacunación, evidencia esquema de vacunación incompleto. Se le olvida tomar los medicamentos en día y tiempo, hipertensa, hiperplasia prostática, no tiene detecciones, consume alcohol (pulque) de vez en cuando, no asiste a algún grupo de promoción de la salud, cuando se siente bien deja de tomar los medicamentos.	Dominio: 1 Promoción de la salud.	Clase2: Gestión de la salud	Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)
			Tendencias a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)
			Gestión ineficaz de la salud (00078)
			Incumplimiento (00079)
	Dominio: 2 nutrición	Clase :1 ingestión	Disposición para mejorar la nutrición (00163)
		Clase 4: metabolismo	Riesgo de deterioro de la función hepática (00178)
	Dominio: 3 eliminación e intercambio	Clase: 1 función urinaria	Deterioro de la eliminación urinaria (00016)
			Incontinencia urinaria de urgencia (00019)
	Dominio: 4 actividad y reposo	Clase: 4 respuestas cardiovasculares/ pulmonares	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200)

Fuente: Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.

Gráfica No. 1 Frecuencia de diagnosticos de enfermeria del dominio "Responsabilidad en salud" en adultos mayores que viven con diabetes, Taxhuada Hidalgo, 2017



Fuente: Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.

En el dominio del estilo de vida “Actividad Física”: 65.7 % (n=23) de los adultos mayores no realiza actividades recreativas mentales físicas y sociales, no realiza ejercicio, no realiza todas las actividades independientes.

En el proceso diagnóstico, realizado mediante mapeo, se atribuyeron los siguientes diagnósticos: Déficit de actividades recreativas (00097), Estilo de vida sedentario (00168), Síndrome de la fragilidad del anciano (00257), Riesgo de síndrome de la fragilidad del anciano (00231), Deterioro de la movilidad física (00085), Deterioro de la ambulación (00088), Riesgo de caídas (00155), Tendencias a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188), Obesidad (00232), sobrepeso (00233), Riesgo de sobrepeso (00234), Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades (00002), Riesgo de nivel de glicemia inestable (00178), Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028), Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico (00195), Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017), Retención urinaria (00023), Incontinencia urinaria de urgencia (00019), Deterioro de la eliminación urinaria (00016), Estreñimiento (00011), Riesgo de estreñimiento (00015), Procesos familiares disfuncionales (00063), Interrupción de los procesos familiares (00060), Riesgo de soledad

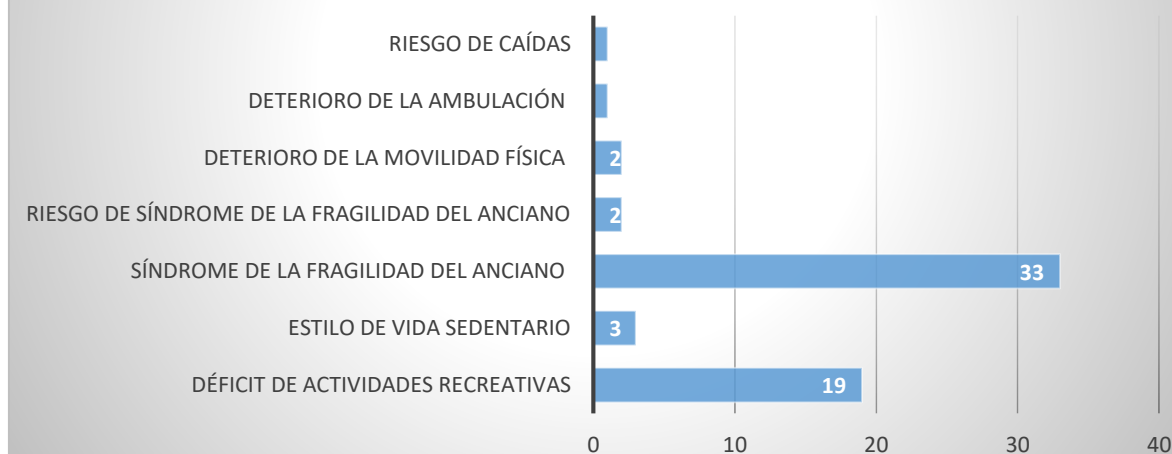
(00054), Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170), Procesos familiares disfuncionales (00063), Estrés por sobre carga (00117), Impotencia (00125), Temor (00148), Duelo (00136), Ansiedad (00146), Disconfort (00214), Riesgo de soledad (00054). Se pueden observar en el cuadro No. 2 y gráfica No.2

Cuadro No. 2 Mapeo del dominio del estilo de vida "Actividad física" con los dominios, clases y diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, en adultos mayores que viven con diabetes, Taxhuada, Hidalgo, 2017

Actividad física: No realiza actividades recreativas mentales físicas y sociales, no realiza ejercicio, no realiza todas las actividades independientes	Dominio: 1 Promoción de la salud.	Clase 1: tomo de conciencia de la salud	Déficit de actividades recreativas (00097)
			Estilo de vida sedentario (00168)
		Clase2: Gestión de la salud	Síndrome de la fragilidad del anciano (00257)
			Riesgo de síndrome de la fragilidad del anciano (00231)
	Dominio 4: 4 actividad/reposo	Clase: 2 actividad/ejercicio	Deterioro de la movilidad física (00085)
			Deterioro de la ambulación (00088)
	Dominio: 11 seguridad/protección	Clase: 2 lesión física	Riesgo de caídas (00155)

Fuente: Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes

GRÁFICA NO. 2 FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DEL DOMINIO "actividad fisica" EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN CON DIABETES, TAXHUADA HIDALGO, 2017



Fuente: Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.

En el dominio del estilo de vida “Nutrición”: 88.5% (n=31) de los adultos mayores no toma suficiente agua durante el día y consume más agua de sabor y bebida alcohólica (pulque), peso y apetito disminuido y aumentado, problema dental, las verduras le hacen daño y dieta rica en carnes, dieta inadecuada, no tiene colaciones. Sobrepeso y obesidad.

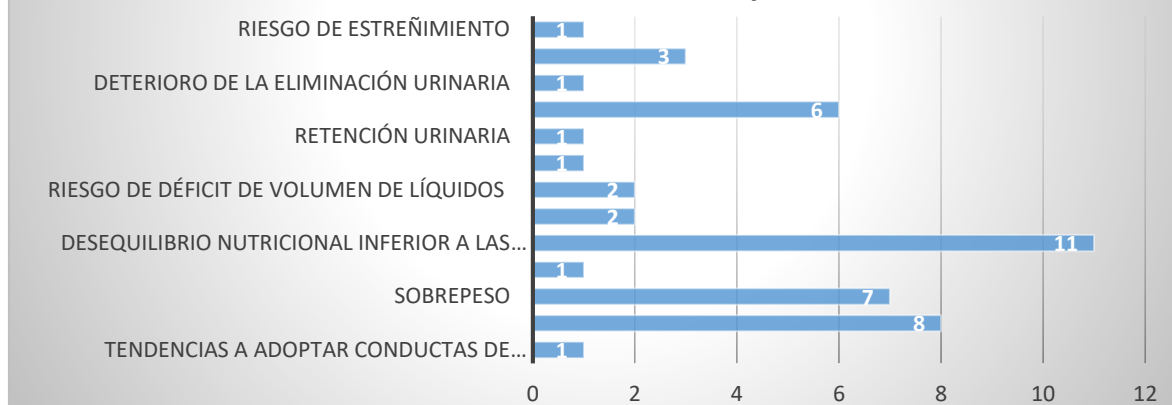
En el proceso diagnóstico, realizado mediante mapeo, se atribuyeron los siguientes diagnósticos: Tendencias a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188), Obesidad (00232), Sobrepeso (00233), Riesgo de sobrepeso (00234), Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades (00002), Riesgo de nivel de glicemia inestable (00178), Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028), Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico (00195), Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017), Retención urinaria (00023), Incontinencia urinaria de urgencia (00019), Deterioro de la eliminación urinaria (00016), Estreñimiento (00011), Riesgo de estreñimiento (00015). Se pueden observar en el cuadro No. 3 y gráfica No.3

Cuadro No. 3 Mapeo del dominio del estilo de vida "Nutrición" con los dominios, clases y diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, en adultos mayores que viven con diabetes, Taxhuada, Hidalgo, 2017

Nutrición: No toma suficiente agua durante el día y consume más agua de sabor y bebida alcohólica (pulque), peso y apetito disminuido y aumentado, problema dental, las verduras le hacen daño y dieta rica en carnes, dieta inadecuada, no tiene colaciones. Sobrepeso y obesidad	Dominio: 1 Promoción de la salud.	Clase 2: gestión de la salud	Tendencias a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)
	Dominio: 2 nutrición	Clase: 1 ingestión	Obesidad (00232)
			sobrepeso (00233)
			Riesgo de sobrepeso (00234)
			Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades (00002)
		Clase 4: metabolismo	Riesgo de nivel de glicemia inestable (00178)
	Dominio: 3 eliminación e intercambio	Clase 5: hidratación	Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028)
			Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico (00195)
		Clase: 1 función urinaria	Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017)
			Retención urinaria (00023)
			Incontinencia urinaria de urgencia (00019)
			Deterioro de la eliminación urinaria (00016)
		Clase 2: función gastrointestinal	Estreñimiento (00011)
			Riesgo de estreñimiento (00015)

Fuente: Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.

GRÁFICA NO. 3 FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DEL DOMINIO "NUTRICION" EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN CON DIABETES, TAXHUADA HIDALGO, 2017



Fuente: Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.

En el dominio del estilo de vida “Relaciones interpersonales”: 31.4% (n=11) de los adultos mayores tiene problemas familiares, siente que vive sola, no tiene apoyo familiar, perdida familiar (esposa).

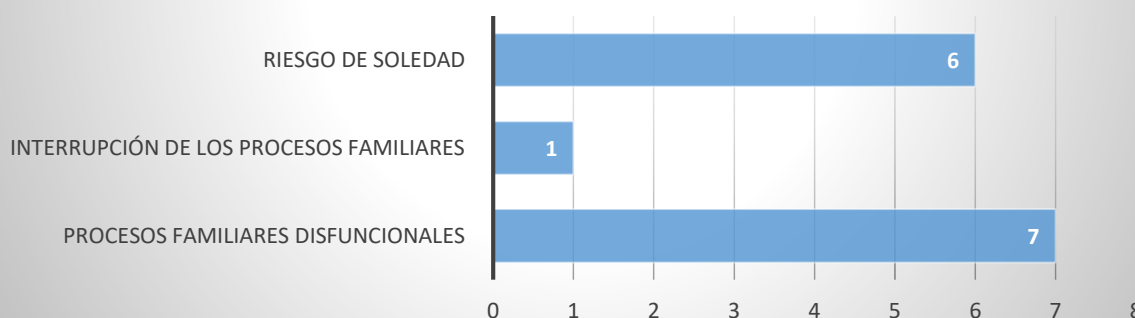
En el proceso diagnóstico, realizado mediante mapeo, se atribuyeron los siguientes diagnósticos: Procesos familiares disfuncionales (00063), Interrupción de los procesos familiares (00060), Riesgo de soledad (00054). Se pueden observar en el cuadro No. 4 y gráfica No. 4

Cuadro No. 4 Mapeo del dominio del estilo de vida “Relaciones interpersonales” con los dominios, clases y diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, en adultos mayores que viven con diabetes, Taxhuada, Hidalgo, 2017

Relaciones interpersonales: Problema familiar, siente que vive sola, no tiene apoyo familiar, pérdida familiar (esposa)	Dominio: 7 rol/relaciones	Clase: 2 relaciones familiares	Procesos familiares disfuncionales (00063)
			Interrupción de los procesos familiares (00060)
	Dominio: 12 confort	Clase: 3 confort social	Riesgo de soledad (00054)

Fuente: Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.

GRÁFICA NO. 4 FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DEL DOMINIO "RELACIONES INTERPERSONALES" EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN CON DIABETES, TAXHUADA HIDALGO, 2017



Fuente: Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.

En el dominio del estilo de vida “Crecimiento espiritual”: 65.7% (n=23) de los adultos mayores necesita apoyo espiritual.

En el proceso diagnóstico, realizado mediante mapeo, se atribuye el siguiente diagnóstico: Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170). Se puede observar en el cuadro No. 5.

Cuadro No. 5 Mapeo del dominio del estilo de vida “Crecimiento espiritual” con el dominio, clase y diagnóstico de enfermería de la NANDA-I, en adultos mayores que viven con diabetes, Taxhuada, Hidalgo, 2017

Crecimiento espiritual: Necesita apoyo espiritual	Dominio 10: principios vitales	Clase 3: congruencia entre valores/creencias/acciones	Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170)
---	-----------------------------------	---	--

Fuente: Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes

En el dominio del estilo de vida “Manejo del estrés”: 60% (n=21) de los adultos mayores presenta estrés por: trabajo, ruido, problemas familiares, bienestar de sus hijos, cuando no tiene convivencia social, la economía, muerte, problemas ambientales, el cuidado de su enfermedad, cuando tiene prisa, problemas de sus tierras de siembra, lo pone triste no poder hacer y comprender las cosas, problemas por sus nietos, económicos, hermanos, por el recuerdo de su esposa, cuando está solo, no se siente alegre, se siente enojado por sus animales, llora.

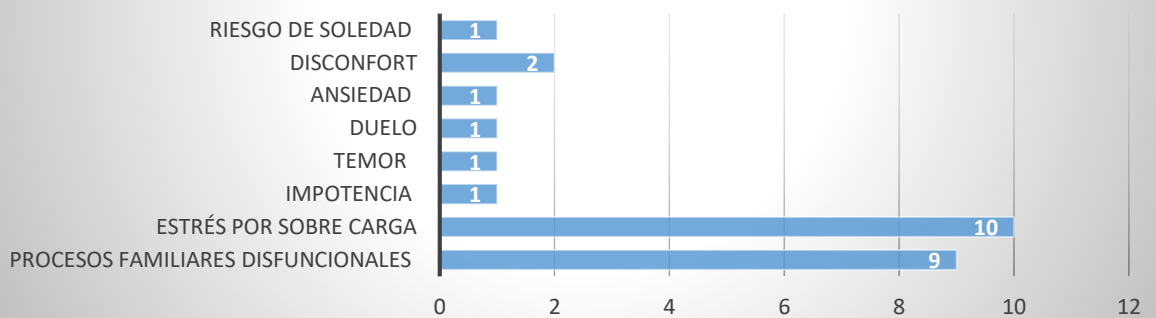
En el proceso diagnóstico, realizado mediante mapeo, se atribuye el siguiente diagnóstico: Procesos familiares disfuncionales (00063), Estrés por sobre carga (00117), Impotencia (00125), Temor (00148), Duelo (00136), Ansiedad (00146), Disconfort (00214), Riesgo de soledad (00054). Se pueden observar en el cuadro No. 6 y gráfica No. 5.

Cuadro No. 6 Mapeo del dominio del estilo de vida "Manejo del estrés" con los dominios, clases y diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, en adultos mayores que viven con diabetes, Taxhuada, Hidalgo, 2017

Manejo del estrés 60% (n=21) Estrés por: trabajo, ruido, problemas familiares, bienestar de sus hijos, cuando no tiene convivencia social, la economía, muerte, problemas ambientales, el cuidado de su enfermedad, cuando tiene prisa, problemas de sus tierras de siembra, lo pone triste no poder hacer y comprender las cosas, problemas por sus nietos, económicos, hermanos, por el recuerdo de su esposa, cuando está solo, no se siente alegre, se siente enojado por sus animales, llora.	Dominio 7: rol relaciones	Clase 2: relaciones familiares	Procesos familiares disfuncionales (00063)
	Dominio 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés	Clase 2: respuestas de afrontamiento	Estrés por sobre carga (00117)
			Impotencia (00125)
			Temor (00148)
			Duelo (00136)
			Ansiedad (00146)
	Dominio 12: confort	Clase 2: confort del entorno	Disconfort (00214)
		Clase 3: confort social	Riesgo de soledad (00054)

Fuente: Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes

GRÁFICA NO. 5 FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DEL DOMINIO "MANEJO DEL ESTRES" EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN CON DIABETES, TAXHUADA HIDALGO, 2017

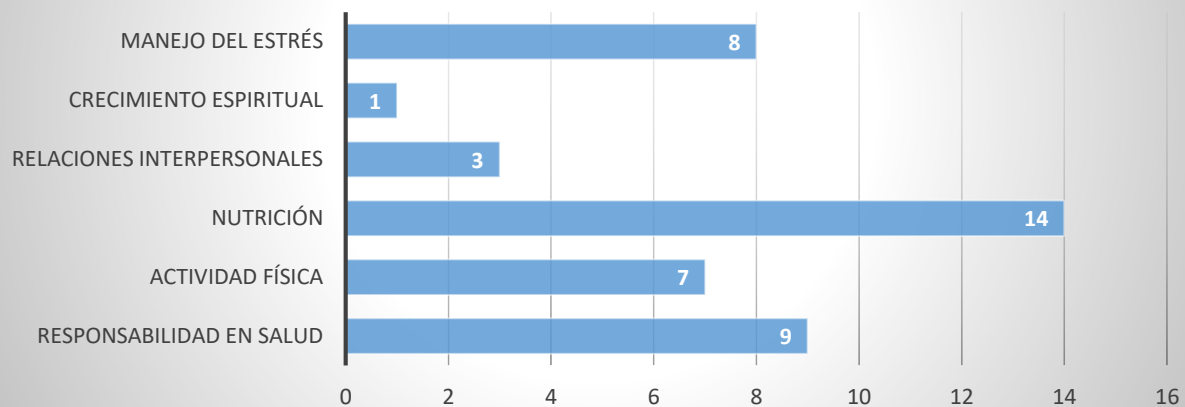


Fuente: Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.

Con base en la aplicación de la guía, los cambios que se hicieron a la guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes fueron: en datos demográficos, se completaron las líneas de respuestas, en conductas del estilo de vida en el dominio 2.1 Responsabilidad en salud se agregó una tabla con datos de peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, presión arterial y glicemia capilar en ayuno además se eliminó la tabla de laboratorios porque los adultos mayores no contaban con laboratorios recientes por lo que se agregó un apartado donde se debe colocar si cuentan con laboratorios recientes y fecha, en el dominio 2.5 Crecimiento espiritual se eliminaron religiones quedando con religión católica, cristiana, testigo de Jehová y la opción de otras si hubiera el caso, en el dominio 2.6 Manejo del estrés se eliminaron líneas de respuesta. La guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes se redujo una hoja quedando el total de seis.

A partir de esta guía se identificaron 42 diagnósticos de la taxonomía NANDA-I, distribuidos en los seis dominios que lo conforma. Se puede observar en la gráfica No.6.

GRÁFICA NO. 6 FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS POR DOMINIO EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN CON DIABETES, TAXHUADA HIDALGO, 2017



Fuente: Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes

IX. DISCUSIÓN

Los instrumentos para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID), FANTASTIC, Eating Attitudes Test con 26 reactivos (EAT-26) y Psychometric properties of the Quality of Life-Old Questionnaire in Mexican older adults (WHOQOL-OLD) sirven para medir el estilo de vida en pacientes con Diabetes mellitus pero es una cuestión de medición y no de valoración, pero enfermería necesita de una guía para valorar, donde pueda tener espacios para colocar cifras, preguntas abiertas y preguntas cerradas, donde nos importa que nos de datos para poder llegar a los diagnósticos y no solamente para medir como están. (5,7,8,13)

En el estudio Estilo De Vida De Ancianos Que Viven Con Diabetes Y Caracterización De Diagnósticos De Enfermería realizado con el instrumento IMEVID identificaron 11 diagnósticos de enfermería en dicha investigación, y en este trabajo gracias a la guía utilizada logramos identificar 42 diagnósticos de enfermería. (42)

Es por esto que para brindar una atención de calidad no solamente se requiere medir si no contar con una valoración que realmente tenga todos los datos significativos para así poder elaborar diagnósticos de enfermería y para esto contamos con una guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con Diabetes.

X. CONCLUSIONES

La Guía de Valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes, cuenta con validez para realizar la valoración de enfermería, reúne las características para ser una herramienta aplicable en la atención del paciente con diabetes mellitus.

Los diagnósticos de enfermería de la taxonomía NANDA-I son aplicables al estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.

La validación de guías de valoración es parte fundamental para desarrollar un proceso de enfermería y otorgar una atención de calidad.

XI. RECOMENDACIONES

Para las personas que decidan utilizar la Guía de Valoración del estilo de vida adulto mayor que vive con diabetes se les recomienda:

Leer con anticipación las preguntas, disponer de suficiente tiempo para la entrevista, complementarla con una guía de exploración física, si es necesario.

Realizar todas las anotaciones necesarias para realizar una buena valoración para la obtención de los diagnósticos enfermeros.

Poner mucha atención a la guía y a los adultos mayores, de igual manera hablarles fuerte y claro para que escuchen lo que se les pregunta.

Utilizar un lenguaje apropiado para que puedan comprender y responder a lo que se les ha preguntado.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Orientación R. Informe Mundial Sobre La Diabetes. [citado 2017 Mar 17]; disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1
2. Han Cho N, Whiting D. Atlas de la Diabetes de la FID. Int Diabetes Fed [Internet]. 2015;7:14. disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org/general/material/95/avance-nuevo-atlas-de-la-diabetes-de-la-fid-7-edicion--actualizacion-de-2015>
3. Federación Mexicana de Diabetes – Diabetes en México [Internet]. [citado 2017 Mar 19]. disponible en: <http://fmdiabetes.org/diabetes-en-mexico/>
4. Secretaria de Salud IN de SP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. 2016;2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
5. Ariza Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C, López-Carmona JM. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud pública México, ISSN 0036-3634, Vol 45, N° 4, 2003, págs 259-268. 2003;45(4):259–68.
6. Asociación de los dominios (estilo de vida) de la encuesta IMEVID, con glucemia, en pacientes con diabetes tipo 2 [Internet]. [citado 2017 Feb 23]. disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=65917&id_seccion=88&id_ejemplar=6615&id_revista=16
7. Ramírez-Vélez R, Agredo RA. Fiabilidad y validez del instrumento ‘‘Fantástico’’ para medir el estilo de vida en adultos colombianos The Fantastic instrument’s validity and reliability for measuring Colombian adults’ life-style. Rev salud pública. 2012;14(2):226–37.

8. Sancenuto C, Jiménez-Rodríguez D, Tébar FJ, Hernández-Morante JJ. Traducción y validación de un cuestionario para la detección de trastornos del comportamiento alimentario en pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2017 Feb [citado 2017 Feb 27]; disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775317300386>
9. Gomis R, Herrera-Pombo JL, Calderón A, Rubio-Terrés C, Sarasa P. Validación del cuestionario “Diabetes treatment satisfaction questionnaire” (DTSQ) en la población española. *Pharmacoeconomics Spanish Res Artic* [Internet]. 2006 Jan 7 [citado 2017 Feb 27];3(1):7–18. disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/BF03320906>
10. Lazcano Ortiz M, Salazar González BC, Gómez Meza MV. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan*, ISSN 1657-5997, Vol 8, Nº 1, 2008, págs 116-125. 2008;8(1):116–25.
11. Resendiz de Lejita R. IMEVID , con glucemia , en pacientes con diabetes tipo 2. Artículo Investig sobre la Asoc los dominios (estilo vida) la encuesta IMEVID, con glicemia en pacientes con diabetes tipo 2. 2010;64(5):211–23.
12. Fernández N, Clúa A, Báez R, Ramírez M, Prieto V. Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2000;16(1):6–12.
13. Quiroz COA, García JJV, Castro SBE, Encinas DMS, Flores RG. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adulto mayores mexicanos. *Psicol y Salud* [Internet]. 2013;23(2):241–50. disponible en: [http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian Oswaldo Acosta Quiroz.pdf](http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian_Oswaldo_Acosta_Quiroz.pdf)
14. Beristáin-García I, Díaz-Navarro M. Guía de Valoración del Paciente Adulto Basado en el Modelo de Promoción de la Salud. *Desarro Cient Enfermería* [Internet]. 2009;17(6):278–82. disponible en: <http://www.index->

f.com/dce/17/17-278.php

15. El adulto mayor. [citado 2017 Feb 26];23. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
16. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. :18. Disponible en: <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
17. Universidad de Cantabria. Tema 3. Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento [Internet]. 2014 [citado 2017 Mar 14]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-3.-cambios-psicologicos-sociales-y-familiares>
18. Maritza Gemma Caroline Fenco Asalde. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2010;1–155.
19. Marina Bautista Rodríguez L, Esperanza Zambrano Plata G, Marina Bautista Rodríguez Gloria Esperanza Zambrano Plata Resumen L. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2 1. Investig Enferm Imagen Desarr [Internet]. 2015 [citado 2017 Mar 14];17(11):124–2059. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145233516009.pdf>
20. Secretaría de Salud. Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable. guía Pract Clin [Internet]. 2013;1–25. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_657_13_dxytxdedmenadultovulnerable/imss_657_13_dxytxde_dm_en_adultovulnerableger.pdf
21. Secretaría de Salud SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus..pdf. D Of La Fed [Internet]. 2010;1–41. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/201

22. Raile Alligood M, Marrine Torney A. Modelos y teorías en enfermería. octava ed. Elsevier, editor. España; 2015. 385–395 p.
23. Ariza C, Daza R. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado [Internet]. 2008. p. 99. disponible en: <https://books.google.com/books?id=L0T4LiRF-UQC&pgis=1>
24. Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios Humanized care: a challenge for nursing in the hospitals services. 2007 [citado 2017 Feb 25];(Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios Humanized). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18>
25. Javier Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. [citado 2017 Feb 25]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>
26. Triviño V ZG, Sanhueza A O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Aquichán. 2005;5(1):20–31.
27. Estefo Agüero S, Paravic Klijn T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Cienc y enfermería [Internet]. 2010 Dec [citado 2017 Feb 25];16(3):33–9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
28. Sanabria Triana L, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cuba Educ Médica Super Esc Nac Salud Pública [Internet]. 2002;16(4):1–7. disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm
29. González DL. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. 2006 [citado 2017 Feb 25];(Buscando un modelo de

cuidados de enfermería para un entorno multicultural). Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=nvxwiRuFgB0>

30. Eva RG. Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. sexta edic. Antonio TSM, Mariana NV, Hugo GAV, editors. México: Mrtín, Martínez Moreno; 2009. 623 p.
31. Herdman HT, Kamitsuru S. Diagnosticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones. 2015th–2017th ed. ELSIEVER, editor. Barcelona, España; 2014. 483 p.
32. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 9. a ed. ELSEVIER, editor. España; 2018. 323–338 p.
33. Pender NJ, Murdaugh C, Parsons M. Health Promotion in Nursing Practice. The University of Michigan, editor. Michigan: Prentice Hall; 2006. 267 p.
34. Paloma EP. Investigacion en enfermeria y lenguajes enfermeros. 1ra ed. Elsevier, editor. España; 2016. 159–170 p.
35. Hernández R, Fernández C, Baptista C. Metodología de la investigación. 6ta ed. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2014. 1–589 p.
36. Arevalo Urrunaga LC, Falcon Alvino MP, Meza Rojas J. Validación de una guía de cuidados de enfermería de pacientes adultos en destete de ventilacion mecanica, en la unidad de cuidados intensivos, hospital general. 2018;7. Disponible en:
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3957/Validacion_ArevaloUrrunaga_Lady.pdf?sequence=1&isAllowed=y
37. Parra MM, Domingo CDS. Valoración enfermera estandarizada . Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. 2006;10. Disponible en:
http://ome.fuden.es/media/docs/CCVE_cd.pdf
38. Secretaría de Salud. Manual Del Paquete Garantizado De Servicios De Promocion Y Prevención Para Una Mejor Salud. 2011;1–208. disponible en:
http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/cartillas/Manual_Salud

_ok.pdf

39. Giacaman Kompatzki JA. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el hospital de Ancud. Universidad Austral de Chile; 2010.
40. Gonzalez-Celis Rangel ALM, Martínez, C. RL. Autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AeRAC) en ancianos mexicanos. In: Instrumentos de evaluación en psicogerontología. México: El Manual Moderno; 2009. p. 47–74.
41. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Secretaria General, Secretaria de Servicios Parlamentarios, Gobierno de la Republica (Acceso Febrero 2015), Disponible en:
http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/ley_general_de_salud.pdf
42. Maldonado Muñiz G, Arana Gómez B, Cárdenas Becerril L, Gloria □, Solano S. Estilo de vida de ancianos que viven con diabetes y caracterización de diagnósticos de enfermería. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0552>
43. Alexandra GO, Yadira TR, María MLA, Andrés VGC, Sebastián PR. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. 2010 [citado 2017 May 20];15(1):128–43. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>

XIII. APÉNDICE Y ANEXO



Apéndice No. 1
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE HIDALGO



ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

VARIABLE DEPENDIENTE

Nombre de la variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional
Estilo de vida	Es un patrón multidimensional de acciones que la persona realizar a lo largo de la vida y que proyecta directamente en la salud para que comprenderlo se requiere de 3 categorías.(43)	Responsabilidad en salud	Responsabilidad en salud Conjunto de comportamientos positivos o de bienestar que ayuda a prevenir la enfermedad
		Actividad física	Actividad o movimiento que tiene un gasto de energía
		Nutrición	Ingesta de alimentos en la cual el organismo asimila lo que necesita para el funcionamiento mantenimiento de las funciones vitales.
		Relaciones interpersonales	Relaciones: Conexión, correspondencia de algo con otra cosa. Interpersonales: Que existe o se desarrolla entre dos o más personas.
		Crecimiento espiritual	Conocimiento y comprensión de la palabra de dios , con el contacto de su alma y cuerpo
		Manejo del estrés	Control de las situaciones de tensión o estresantes que vive el individuo

Cronograma de actividades Apéndice No. 2

ACTIVIDADES 2017-2018	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Enero-18	Febrero-18	Marzo-18	Abril-18	Mayo-18
Elección del tema													
Planteamiento del problema													
Formulación de los objetivos													
Justificación													
Fundamento teórico													
Revisión del escrito final													
Solicitar una reunión con los adultos mayores, autorización firmada (apéndice 3) y aplicar la guía de valoración del estilo de vida (ver apéndice 4)													
Con la información obtenida realizar diagnósticos de enfermería.													
Resultados													
Interpretación de preguntas													
Reestructuración de guía													
Elaboración de discusión y resultados													
Conclusión y recomendaciones													
Difusión													
Entrega de encuadernado													



Apéndice No. 3
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO



ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Mixquiahuala de Juárez, Hgo.

Fecha: ____/____/____

Yo _____ acepto participar voluntariamente en el proyecto de investigación titulado “Validación de la aplicabilidad de una guía de valoración para la obtención de diagnósticos de enfermería en el estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes”, que se llevará a cabo en el centro de salud de Taxhuada perteneciente al municipio de Mixquiahuala de Juárez, Hgo. Sin riesgos para mí, ni para la atención que recibo en dicha institución.

Entiendo que mi participación consistirá en contestar las preguntas que me haga la enfermera, quien resolverá las dudas que puedan surgir durante la investigación; así mismo, estoy consciente de que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar mi consentimiento de participar en este estudio, sin ninguna represalia.

De acuerdo a los derechos de los pacientes, mi privacidad será protegida, sin mencionar mi nombre.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a la Escuela Superior de Tlahuelilpan ubicada en Tlahuelilpan, o enviar un correo electrónico a esc_sup_tlahuelilpan@uaeh.edu.mx, así como por vía telefónica al número: 017717172000

Nombre y firma del paciente



Apéndice No. 4

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN
CUESTIONARIO DE DATOS DEMOGRÁFICOS

Folio: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

I. Datos personales. Instrucciones: Complete la información requerida.

Edad: _____ años.

Género: Hombre ____ Mujer ____

Estado civil: ____ Soltero ____ Casado ____ Viudo ____ Divorciado ____ Unión libre ____

Personas _____ con _____ las _____ que _____ vive:

¿De quién depende económicamente? ____ Pensión ____ Trabaja

____ Familia ____ Apoyo del gobierno ____ Otro

¿Cuenta con seguridad social? Sí ____ No ____

Si la respuesta es Sí, por favor seleccione y marque con una "X" la institución.

____ IMSS ____ ISSSTE ____ ISSEMYM ____ PEMEX ____ Seguro popular

¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron Diabetes Mellitus 2?

¿Le han diagnosticado alguna enfermedad como complicación de la Diabetes Mellitus 2? Sí ____ No ____

Si la respuesta es Sí, por favor seleccione y marque con una "X"

____ Retinopatía diabética

____ Enfermedad cardiovascular secundaria a la diabetes

____ Neuropatía o pie diabético

____ Nefropatía secundaria a la diabetes mellitus 2

____ Otra:

¿Le han diagnosticado otras enfermedades? Sí ____ No ____

¿Cuáles? _____ Medicamentos _____ que _____ toma actualmente: _____



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN
CUESTIONARIO DE DATOS DEMOGRÁFICOS



Guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes

Objetivo: Valorar el estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.

Fecha: _____

I. Datos generales:

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas.

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: ___ Hombre ___ Mujer

II. Conductas del estilo de vida.

2.1 Responsabilidad en salud.

Instrucciones: Marque con una **X** la respuesta elegida y conteste las preguntas complementarias si se requiere.

¿Hace cuánto vive con diabetes?	De 1 a 5 años	De 6 a 10 años	Más de 10 años	
¿Ha hecho algún cambio en su vida desde que vive con la diabetes?	No	Sí	¿Cuáles?	
¿Cada cuándo se realiza pruebas de azúcar?	Diario	Cada semana	Cada mes	De vez en cuando
¿Cada cuándo asiste a la consulta médica?	Cada que tengo cita	Cada que me siento mal	De vez en cuando	
¿Cuándo fue la última vez que fue a consulta de nutrición?	No lo recuerdo	El mes pasado	Fecha	
¿Asiste regularmente a algún grupo de promoción de la salud?	No	Sí	¿Cómo se llama el grupo?	
¿Cuenta con Cartilla Nacional de Salud?	No	Sí	Fecha de último registro:	
Esquema de vacunación (Neumococo, Influenza y TD)	Completo	Incompleto	Ninguna	
Detecciones (fecha)	CaCu	CaMa	VPH	CaPróstata
¿Consume alcohol?	No	Sí	¿Con qué frecuencia?	
¿Fuma?	No	Sí	¿Con qué frecuencia?	

¿Tiene siempre los medicamentos o insulina para la diabetes?	Sí	No	¿Por qué?
¿Durante el último mes, ha olvidado tomar los medicamentos para la diabetes mellitus tipo 2?	Sí	No	¿Por qué?
¿Durante el último mes, tomó los medicamentos a la hora indicada?	Sí	No	¿Por qué?
Durante el último mes, cuando se sentía bien, ¿dejó alguna vez de tomar sus medicamentos?	Sí	No	¿Por qué?
Durante el último mes, si alguna vez le hizo sentir mal, ¿dejó de tomar su medicamento?	Sí	No	¿Por qué?

Instrucciones: Registre los mediciones y la fecha de últimos laboratorios realizados.

Mediciones			
Fecha			
Peso		Talla	
IMC		Presión arterial (mm de Hg)	
Circunferencia abdominal (cm)		Glicemia capilar en ayuno	

Cuenta con laboratorios recientes: Si _____ No _____

Fecha: _____

2.2 Actividad física.

Instrucciones: Marque con una **X** la respuesta elegida y conteste las preguntas complementarias si se requiere.

¿Trabaja? No _____ Sí _____ ¿En dónde?

¿Qué actividades lleva a cabo sin ayuda? (Cocinar, de higiene, compras, etc.)

¿Qué actividades recreativas mentales lleva a cabo usted?

¿Qué actividades recreativas físicas lleva a cabo usted?

¿Qué actividades sociales lleva a cabo usted?

¿Hace ejercicio?	Sí	¿Cuál?	Frecuencia:
	No	¿Por qué?	

¿Cuál es su rutina diaria de actividades? En un día típico, se levanta a las _____ y hace: _____

_____ Se duerme a las _____

2.3 Nutrición.

Instrucciones: Complete el cuadro escribiendo los alimentos que consume en un día típico.

Desayuno	Comida	Cena	Colaciones Hora/alimento

Instrucciones: Marque con una **X** la respuesta elegida y conteste las preguntas complementarias si se requiere.

En un día típico consume:

Agua natural _____ vasos/día

Leche _____ vasos/día descremada _____ con azúcar _____

Café y té _____ tazas/día con crema _____ con azúcar _____

Jugos de fruta _____ vasos/día

Bebidas alcohólicas _____ vasos / día

Refresco y agua de sabor _____ vasos/días

Peso: Aumentado _____ Kg. Disminuido _____ Kg. ¿Por qué?

¿Cuáles son los alimentos que le desagradan o no le gustan?

¿Existen alimentos que le hacen daño? No ___ Sí ___ ¿Cuáles?

¿Cómo es su apetito? Normal ___ Aumentado ___ Disminuido ___

¿Por qué?

¿Con qué frecuencia orina? _____ ¿Presenta:
incontinencia ___ urgencia ___ ardor ___ sangre ___ color turbio
___ dolor ___? Otro: _____

¿Con qué frecuencia defeca? _____
¿Presenta: dolor ___ hemorroides ___ sangrado ___ flatulencia
___ incontinencia _____?

¿Acostumbra a usar laxantes ___ o supositorios _____? ¿Con qué frecuencia?

2.4 Relaciones interpersonales

Instrucciones: Marque con una **X** la respuesta elegida y conteste las preguntas complementarias si se requiere.

Personas con las que vive: conyugue ___ hijos ___ amigos ___ otros

Rol/Responsabilidad dentro del núcleo familiar:

La relación familiar es: buena ___ regular ___ mala ___ ¿Por qué?

¿Actualmente tiene algún problema familiar que le afecte? Sí ___ No ___
Especificar: _____

¿Su familia lo apoya para cumplir su tratamiento? Sí ___ No ___ ¿Por qué?

¿Se siente solo? Sí ___ No ___ ¿Por qué?

¿Tiene amigos cercanos? Sí ___ No ___ ¿Por qué?

¿Lleva una vida sexual activa? Sí ___ No ___ Especificar: _____

2.5 Crecimiento espiritual

Instrucciones: Marque con una **X** la respuesta elegida y conteste las preguntas complementarias si se requiere.

Religión que profesa:

Católica ☐ Cristiana ☐ Testigo de Jehová ☐ Otras ☐

¿La religión es importante en su vida? Sí ____ No ____ ¿Por qué?

¿La religión le ayuda cuando tiene problemas? Sí ____ No ____ ¿Por qué?

¿Considera que necesita apoyo espiritual? Sí ____ No ____ ¿Por qué?

2.6 Manejo del estrés

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas.

¿Cuáles son las situaciones cotidianas que lo estresan?

¿Qué hace cuando se siente estresado?

¿Qué hace para relajarse?

¿Qué hace para sentirse feliz o alegre?

¿Quién influye en usted para sentirse feliz o alegre?

¿Quién influye en usted para sentirse triste o enojado?

III. Observaciones:

Instrucciones: Explique situaciones o actitudes de la persona entrevistada que puedan apoyar a la valoración.

Anexo No. 1



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Escuela Superior de Tlahuelilpan
Tlahuelilpan University Campus

Tlahuelilpan, Hidalgo; 19 de Abril de 2018

Oficio No. ESTI/2018/105

DR. RAÚL ESCOBAR BERÍSTAN
CENTRO DE SALUD DE TAXHUADA
DIRECTOR DE FIN DE SEMANA
P R E S E N T E

A través del presente reciba un afectuoso saludo, al mismo tiempo solicito su apoyo para llevar a cabo el proyecto de Investigación "Validación de la aplicabilidad de una guía de valoración para la obtención de diagnósticos de enfermería del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes", por parte de las estudiantes de octavo semestre de la licenciatura en enfermería: Lourdes Solís González, Erika Aguilar Monroy, Elena Barrera Martin de la Escuela Superior de Tlahuelilpan de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Cabe señalar que se solicitará la participación de los adultos mayores inscritos al Grupo de Ayuda Mutua, del Centro de Salud que usted dignamente dirige, las personas que acepten y firmen el consentimiento informado participarán en una entrevista con duración de 30 minutos.

Sin más por el momento, le reitero la seguridad de mi distinguida consideración.

ATENTAMENTE

Gabriela Maldonado M.

M.C.E. GABRIELA MALDONADO MUÑOZ
PROFESOR INVESTIGADOR DE TIEMPO COMPLETO



Dr. Raúl Escobar Berístan
22/04/18
Médico
Cert. Prof. 144701



Ex-Hacienda de San Sebastián
Cód. Centro
Tehuacan, Hidalgo México C.P. 42730
Teléfono 62 1771 31 020 Ext. 5525
www.ueh.edu.mx



Anexo No. 2

Taxhuada, Hidalgo; 10 de Agosto de 2017

ASUNTO: CARTA DE ACEPTACION A PROTOCOLO

M.C.E. GABRIELA MALDONADO MUÑOZ
PROFESOR INVESTIGADOR DE TIEMPO COMPLETO
ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUILPAN
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

P R E S E N T E

Quien suscribe Dr. Raúl Escobar Beristáin responsable de fines de semana del Centro de Salud de Taxhuada, tenga a bien comunicarle que las alumnas Solís González Lourdes, Aguilar Monroy Erika y Barrera Martin Elena alumnas del séptimo semestre de la licenciatura de enfermería de la escuela superior de Tlahuilpan, han sido aceptadas para realizar el proceso de investigación titulado: "Validación de la aplicabilidad de una guía de valoración para la obtención de diagnósticos de enfermería en el estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes " debiendo cubrir un horario de 8:00 a 17:00 hrs, en la institución los días sábado y domingo durante el mes de Agosto del 2017.

Sin otro en particular, quedo a sus órdenes todo el apoyo a sus alumnas para un beneficio mutuo

ATENTAMENTE

Dr. Raúl Escobar Beristáin
Medico General
Céd. Prof. 3444701
DR. RAÚL ESCOBAR BERISTÁIN
ENCARGADO DEL CENTRO DE SALUD



Anexo No. 3



C. ERIKA AGUILAR MONROY

PRESENTE

Por este medio me dirijo a Ud. para informarle que su trabajo titulado: **"Construcción y validación de la guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes"** fue **ACEPTADO** en la modalidad oral para ser presentado en el I Coloquio Nacional de Investigación de Enfermería que se llevara a cabo los días 3 y 4 de Mayo de 2018 en las instalaciones de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Quedo de Ud. para cualquier duda o aclaración.

Aguascalientes, Ags., 13 de Abril de 2018

ATENTAMENTE

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Jm Rodríguez', is written above a horizontal line.

MCE JOSE MANUEL RODRÍGUEZ RAMÍREZ

**LIDER DEL GRUPO DE INVESTIGACION "ENFERMERIA, CUIDADO
Y EJERCICIO"**

Anexo No. 4



EL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
a través del
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



Otorga el presente

RECONOCIMIENTO

**A: AGUILAR MONROY, ERIKA, BARRERA MARTIN, ELENA, SOLÍS GONZÁLEZ,
LOURDES, MALDONADO MUÑOZ, GABRIELA, TREJO GARCÍA, CLAUDIA ATALA,
MAYA SANCHEZ ARIANA.**

Por su participación en el I COLOQUIO NACIONAL DE INVESTIGACION DE ENFERMERÍA en la modalidad cartel, denominado "Construcción y validación de la guía de valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes" celebrado los días 3 y 4 de Mayo de 2018, en la Ciudad de Aguascalientes, Ags. México.

"SE LUMEN PROFERRE"

MCE JUAN PABLO GÓMEZ CARDONA
JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



MCE JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ RAMÍREZ
LÍDER DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

