



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

**“CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES
MELLITUS DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE ATITALAQUIA HGO ANTES Y
DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA

PLESS LAURA DANIELA BRIONES HERNÁNDEZ

PLESS LUCERO CRISEL CABRERA SÁNCHEZ

PLESS INÉS CRUZ MÁRQUEZ

PLESS MARÍA GUADALUPE SALVADOR ALARCÓN

DIRECTORA DE TESIS

M.C.E ARIANA MAYA SÁNCHEZ

CO-DIRECTOR

D.C.E BENJAMÍN LÓPEZ NOLASCO

TLAHUELILPAN DE OCAMPO, HGO. MARZO 2022



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



**"CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES
MELLITUS DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE ATITALAQUIA HGO ANTES Y
DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA."**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA

PLESS LAURA DANIELA BRIONES HERNÁNDEZ
PLESS LUCERO CRISEL CABRERA SÁNCHEZ
PLESS INÉS CRUZ MÁRQUEZ
PLESS MARÍA GUADALUPE SALVADOR ALARCÓN



DIRECTORA DE TESIS

M.C.E ARIANA MAYA SÁNCHEZ

CO-DIRECTOR

D.C.E BENJAMÍN LÓPEZ NOLASCO

SINODALES:

PRESIDENTE: M.C E. CLAUDIA ATALA TREJO GARCIA

SECRETARIO: D.C.S. GABRIELA MALDONADO MUÑIZ

VOCAL: M.C.E. ARIANA MAYA SANCHEZ

SUPLENTE D.C. E. BENJAMIN LOPEZ NOLASCO

TLAHUELILPAN DE OCAMPO, HGO. MARZO 2022

DEDICATORIAS

- Inés Cruz Márquez

La vida me ha presentado diferentes situaciones en las que he tomado decisiones y peleado batallas muy importantes; decisiones buenas y malas, algunas batallas fallidas, pero todo ha sido de la mano de mi madre Dulce María Márquez Simón, quien me ha dado su amor, esfuerzo y dedicación para lograr ser la persona que soy el día de hoy. Pese a todas las adversidades que le ha puesto la vida, ella ha estado ahí sosteniendo mi mano para no darme por vencida. Gracias, mamá, por ser mi pilar y meta más grande.

A mis hermanos, Amairani y Leonel; quienes con su ejemplo me impulsaron y me dieron las fuerzas suficientes para no rendirme ante ningún obstáculo. Ellos son parte importante de este proyecto.

Dedico este logro a mis abuelos, Luis Márquez y Nicolasa Escamilla, ellos fueron el mayor impulso y sé que desde el cielo están orgullosos de saber que estoy cumpliendo mis sueños. Sin su amor y su apoyo incondicional no hubiera podido llegar a cumplir esta meta.

A mi familia por estar presente a lo largo de todo este proceso, infinitas gracias.

Finalmente, le dedico este proyecto a mis amigos, que estuvieron presentes en todo este camino. Gracias por escucharme y por apoyarme en todo momento; Jennifer Gómez, Daniela Briones y Pamela Mendoza.

- Laura Daniela Briones.

Tu amor es infinito e inquebrantable, siempre presente en mis proyectos con tu sabiduría y benevolencia; a ti madre mía quien me dio la vida y nunca me has dejado sola.

A mi hija Renée, quien desde que llegaste a este mundo terrenal le diste sentido a mi vida, me enseñaste el amor puro y la gratitud infinita. A ti hija que eres mi razón de ser.

¡LAS AMO!

-
- Lucero Crisel Cabrera Sánchez

A DIOS: Por haberme permitido llegar hasta este momento y haberme dado salud para lograr mis objetivos profesionales y personales.

A MI MAMÀ: Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo mantenido a través del tiempo, pero sobre todo por creer en mí.

A JAVIER ARTEAGA VIDAL: Por ser paciente y comprensivo en esta etapa profesional y por siempre apoyarme y alentarme en cada decisión.

A MI FUTURO BEBÈ: Por ser en este momento mi inspiración para seguir luchando y así poder triunfar.

A HERMANOS Y SOBRINA: por siempre estar presentes en cada etapa de mi vida y apoyarme.

- María Guadalupe Salvador Alarcón

El presente trabajo está dedicado con todo cariño a mi madre Marisol Alarcón por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, principalmente a Kenia Gisel que con sus palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que puedo lograr.

AGRADECIMIENTOS

- Inés Cruz Márquez

Agradezco de manera especial y sincera a mi directora de tesis M.C.E. Ariana Maya Sánchez, quien, gracias a su conocimiento, apoyo, tolerancia y tiempo, se pudo lograr este proyecto.

Así mismo agradezco a mis amigos del trabajo, quienes me apoyaron, motivaron y compartieron parte de sus conocimientos para la mejora de este proyecto.

GRACIAS POR TANTO...

- Laura Daniela Briones.

Al universo, por los logros, éxitos y oportunidades de evolución continúa de esta vida.

A mi hermana Renata, compañera de vida que me alentó a nunca darme por vencida ante las adversidades.

A Phill Skewes, mi compañero de viaje por la vida, quien desde que me conoció, nunca me soltó, siempre me empujo para ser mejor día con día, por tu paciencia en este trayecto.

A toda mi familia que siempre estuvo presente dando ánimos para no decaer y recordándome lo mucho que me quieren, gracias por su amor incondicional.

A mis maestros quienes me brindaron el conocimiento y habilidades, sencillo no fue el proceso, pero gracias a su orientación y dedicación he logrado culminar como toda una profesional.

¡GRACIAS TOTALES!

-
- Lucero Crisel Cabrera Sánchez

En medio de este proceso formativo y personal que ha traído consigo cambios, retos y victorias quiero agradecer a:

A mi directora de tesis, M.C.E. Ariana Maya Sánchez Por su esfuerzo y dedicación, sus conocimientos, su orientación, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales en la elaboración de esta tesis, gracias por dedicar su valioso tiempo a mi crecimiento personal y profesional.

- María Guadalupe salvador Alarcón

Si bien el presente trabajo ha requerido de esfuerzo y dedicación, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que me acompañaron en el recorrido laborioso de este trabajo y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos de angustia y desesperación, primero y antes que todo, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio,

De igual forma, agradezco a mi directora de tesis M.C.E. Ariana Maya Sánchez, que gracias a sus consejos y correcciones hoy puedo culminar este trabajo.

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN	2
2.1.	Antecedentes Del Estudio	4
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
IV.	MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	9
4.1.	Adulto Mayor	9
4.2.	Diabetes Mellitus	9
4.3.	Capacidad De Autocuidado	10
4.4.	Autocuidado	10
4.5.	Modelo O Teoría De Enfermería, Dorothea E. Orem “Teoría Del Autocuidado”	11
4.6.	Relación Teoría – Investigación	16
V.	HIPÓTESIS.....	17
VI.	OBJETIVOS	17
6.1.	General	17
6.2.	Específicos.....	17
VII.	METODOLOGÍA	18
7.1.	Tipo Investigación	18
7.2.	Diseño De La Investigación.....	18
7.3.	Límite De Tiempo Y Espacio	18
7.4.	Universo.....	18
7.5.	Muestra	18
7.6.	Criterios De Selección.....	18
7.7.	Variables	19
7.8.	Instrumentos De Medición.....	20

7.9.	Procedimientos	21
7.10.	Análisis.....	22
7.11.	Difusión	22
VIII.	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	23
IX.	RESULTADOS.....	24
X.	DISCUSIÓN	28
XI.	CONCLUSIONES	30
XII.	RECOMENDACIONES	30
XIII.	BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
XIV.	ANEXOS Y APÉNDICE.....	35

Índice de Tablas

Tabla 1. Edad.....	31
Tabla 2. Genero	31
Tabla 3. Estado Civil	32
Tabla 4. Ocupación	32
Tabla 5. Capacidad de Autocuidado Pre y Post intervención.....	33
Tabla 6. Prueba de hipótesis Wilcoxon.....	33
Tabla 7. Resultados pre y post intervención	28

Índice de Figuras

Figura 1.....	22
Figura 2.....	23

RESUMEN

Introducción: Un elemento coherente en el tratamiento de la diabetes mellitus es el autocuidado. Esta perspectiva ayuda a estos pacientes a tomar conciencia de su propia condición, mediante la mejora de sus conocimientos y habilidades, orientados hacia un cambio de comportamiento positivo, que les permita, en última instancia, reducir el riesgo de complicaciones. **Objetivo:** Medir la de capacidad de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus del Centro Gerontológico de Atitalaquia antes y después de una intervención de enfermería. **Material y Métodos:** Investigación con un enfoque cuasiexperimental prospectivo explicativo de corte longitudinal, que se realizó en el Centro Gerontológico del municipio de Atitalaquia Hgo. Con un universo de 40 pacientes adultos mayores de 65 años, diagnosticados con diabetes mellitus, que asisten al Centro Gerontológico de Atitalaquia Hgo; el muestreo fue no aleatorio por disposición considerando el 66.66% del universo. Se aplicó el instrumento denominado “Escala par Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC)”, se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21. **Resultados:** Se identificó al inicio de la investigación un 75% con muy buena capacidad de autocuidado, un 20% en buena capacidad de autocuidado y un 5% en baja capacidad de autocuidado, al finalizar las intervenciones se obtuvo como resultado un 90% en muy buena capacidad de autocuidado y 10% en buena capacidad de autocuidado, el 75% corresponde al sexo femenino y el 25% corresponde al sexo masculino **Conclusión:** Se concluye que la capacidad de autocuidado en la población estudiada mejoró significativamente teniendo en cuenta que las intervenciones realizadas con los adultos mayores del centro gerontológico de Atitalaquia Hidalgo ayudaron a mejorar la capacidad de autocuidado ya que en nuestra primera intervención algunos de los adultos mayores presentaron baja capacidad de autocuidado.

Palabras Claves: Diabetes mellitus, Adulto Mayor, Capacidad, Autocuidado

ABSTRACT

Introduction: A coherent element in the treatment of diabetes mellitus is self-care. This perspective helps these patients become aware of their own condition by improving their knowledge and skills, oriented towards a positive behavior change, which ultimately allows them to reduce the risk of complications. **Objective:** Measure the self-care capacity of older adults with diabetes mellitus at the Atitalaquia Gerontological Center before and after nursing intervention. **Material and Methods:** Research with a quantitative approach of experimental analytical level of cross-cutting, was carried out in the Gerontological Center of the municipality of Atitalaquia Hgo. With a universe of 40 adult patients over the age of 65 attending the Gerontological Center of Atitalaquia Hgo; sampling was non-random by arrangement considering 100% of the universe. **Results:** At the beginning of the research was identified 75% with very good self-care capacity, 20% in good self-care capacity and 5% in low self-care capacity, at the end of the interventions was obtained as a 90% in very good self-care capacity and 10% in good self-care capacity, 75% corresponds to the female sex and 25% corresponds to the male sex **Conclusion:** It is concluded that the capacity of self-care was better studied in the population better studied in the population significantly considering that the interventions performed with the older adults of the gerontological center of Atitalaquia Hidalgo helped to improve the capacity of self-care since in our first intervention some of the older adults had low capacity for self-care.

Keywords: Diabetes Mellitus, Elderly, Capacity, Self care

**“CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES
MELLITUS DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE ATITALAQUIA HGO ANTES Y
DESPÚES DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA”**

I. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo veremos que la capacidad de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus después de una intervención de enfermería pudo ser modificado positivamente, basado en la teoría de Sistemas Enfermeros de Dorothea Elizabeth Orem mediante la intervención educativa.

La diabetes mellitus se considera un problema de salud pública de gran impacto mundial, pues afecta a todas las poblaciones y culturas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que en el mundo hay más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble en el 2030.¹

Un elemento coherente en el tratamiento de la diabetes mellitus es el autocuidado. Esta perspectiva ayuda a estos pacientes a tomar conciencia de su propia condición, mediante la mejora de sus conocimientos y habilidades.²

Dorothea Elizabeth Orem define el Autocuidado como, las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida.²

II. JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus como otras enfermedades crónicas degenerativas, ha mostrado incremento progresivo en su incidencia y prevalencia en todo el mundo. Sigue siendo un gran problema para la salud mundial y el número de pacientes día a día va aumentando. Los altos costos sociales y económicos que generan requieren de medidas trascendentes para evitar sus complicaciones y mejorar la calidad de vida. Los múltiples programas preventivos que se han incrementado parecen no detener los casos de diabetes.³

La OMS indica que las actividades de información y Educación para la Salud deben encaminarse a: aumentar la capacidad de los individuos y comunidad para participar en la acción sanitaria y de la autorresponsabilidad en materia de salud y a fomentar un comportamiento saludable". La finalidad de la Educación para la Salud es: "fomentar actividades que inciten a la gente a querer estar sana, a saber, cómo permanecer sanos, a hacer lo que puedan individual y colectivamente para conservar su salud y buscar ayuda cuando la necesiten".⁴

Desde la perspectiva de la educación, es necesario promover el autocuidado en los pacientes, lo cual contribuiría a fortalecer la capacidad para afrontar los problemas o limitaciones que genera la enfermedad y a la adopción de un estilo de vida saludable. Respecto al autocuidado, la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem es de gran alcance y utilizada en diversos campos de acción de la enfermería como la docencia, investigación y la asistencia; además sirve de sustento en la planificación y ejecución de actividades de autocuidado, porque proporciona el Fundamento científico que guía la atención, dirigida a pacientes con enfermedades crónicas como es el caso de la diabetes. Esta teoría contempla tres subteorías interrelacionadas: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería. Orem define el autocuidado como las prácticas de actividades que las personas maduran a través del tiempo y llevan a cabo, con el interés de mantener un funcionamiento sano para continuar con el desarrollo personal y bienestar. La capacidad de autocuidado se conceptualiza como poseedora de un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: habilidad de atender

situaciones específicas, comprender sus características y significado; percibir la necesidad de cambiar o regular comportamientos; adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; decidir qué hacer, y la destreza de actuar para lograr el cambio o la regulación.

La diabetes es una de las mayores emergencias sanitarias mundiales del siglo XXI. Está entre las 10 principales causas de muerte a nivel mundial y, junto con las otras tres principales enfermedades no transmisibles (ENT) (enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias). ⁵

Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada 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. Ello supone también un incremento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad; se calcula que en el 2012 la diabetes provocó 1.5 millones de muertes. Un nivel de glucosa en la sangre superior al deseable provocó otros 2.2 millones de muertes, al incrementar los riesgos de enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. Un 43% de estos 3.7 millones de muertes ocurren en personas con menos de 70 años, el porcentaje de muertes atribuibles a una glucemia elevada o la diabetes en menores de 70 años es superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

René Rico Sánchez y sus colaboradores en su estudio Nivel de Conocimientos, Estilos de Vida y Control Glicémico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 publicado el 2017 tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 con un tipo de estudio observacional, transversal y descriptivo, dando como resultados que el nivel de conocimiento así como el perfil promotor de salud es regular para ambos sexos concluyendo que con las intervenciones propuestas a la unidad de salud, deberán tener un enfoque en la promoción de estilos de vida saludables y no necesariamente en mejorar los conocimientos de la enfermedad.⁶

Strid Eloisa L.V. y sus colaboradores en su estudio Efectividad del programa “vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III-Huaycán, Lima 2017 publicado el 2018 tiene como objetivo Determinar la efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán con un tipo de estudio de diseño casi experimental, de corte longitudinal con una muestra conformada por dos grupos, seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Teniendo como resultados muestra que el programa educativo fue efectivo en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus con un p-valor de 0.00, a través de la prueba no paramétrica de Wilcoxon. ⁷

Nancy Guerrero y su asociada en su estudio “Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de Salud” publicado el 2018 tiene como objetivo identificar los factores asociados a la vulnerabilidad de la población de 60 y más años con el fin de ofrecer conocimientos que permitirán establecer políticas regionales en procura de constituir un entorno facilitador de bienestar a este segmento de la población con un tipo de estudio observacional descriptivo correlacional. Dando como resultados que el promedio de edad de la muestra es de 72 años con una desviación estándar de 7,8, el

grupo de edad que más prevalece es el de 60 a 69 años con un 44,1%, el 54,2% concluyendo que diferentes estudios han reportado que, en la población adulta mayor, las mujeres, son el grupo que prevalece siendo este un factor que determina su condición social desfavorable cuando llegan a esta etapa de la vida; esta situación se agrava.⁸

Iliam Barbosa S. y sus colaboradores en su estudio Evaluación de la calidad en la atención primaria al adulto mayor según el ChronicCareModel publicado el 2018 tiene como objetivo evaluar la calidad del cuidado al adulto mayor con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial en la Atención Primaria a la Salud (APS) según el ChronicCareModel (CCM) e identificar asociaciones con resultados del cuidado con un tipo de estudio transversal realizado con 105 adultos mayores con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial dando como resultados, que Hubo predominio del sexo femenino, con media de edad de 72 años.⁹

Soler;M & Perez;R en su estudio Conocimientos y autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 publicado en 2018, cuyo objetivo fue Describir el nivel de conocimientos sobre diabetes y el autocuidado que presentan los pacientes diabéticos tipo 2 con un tipo de estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal con un universode 87 pacientes con un rango de edad de 35 – 59 años y un muestreo probabilístico aleatorio simple identificando resultados que 22 pacientes encuestados el nivel de conocimientos sobre la diabetes Mellitus que predomina en los sujetos es el bajo para un 45 %, concluyendo que los pacientes diabéticos presentaron ausencia de autocuidado y bajo nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus.¹⁰

Flores;M & Garza;M en su estudio Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. Monterrey, México publicado en 2018, cuyo objetivo fue determinar diferencias de autocuidado por edad y sexo en adultos mayores con diabetes tipo 2 con un tipo de estudio de corte transversal mediante el instrumento Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes que ha reportado una alfa de Cronbach de 0,68 (6) en adultos de 60 años o más con diabetes tipo 2 seleccionados de forma aleatoria simple identificando como resultados que del total de los pacientes el sexo femenino fue el de mayor predominio concluyendo que Aunque la diferencia no fue significativa mayor proporción de hombres realizan prácticas de autocuidado, a lo esperado ya que en la

población mexicana son las mujeres quienes tienen mayor participación en la asistencia a programas educativos y de control a la salud.¹¹

Anaya;A & Flores;B en su estudio “Diabetes Mellitus. Factores de riesgo en los adultos Mayores” publicado en 2019, tiene como objetivo describir los factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus con un tipo de estudio descriptivo de corte transversal mediante un muestreo no probabilístico al azar donde se estudiaron a 162 pacientes mayores de 60 años con Diabetes Mellitus identificando resultados que del total de pacientes con diabetes mellitus, el sexo femenino fue el de mayor predominio y la hipertensión arterial fue la enfermedad asociada con mayor prevalencia concluyendo que el envejecimiento poblacional, es uno de los factores de riesgo determinantes en la frecuencia de la DM2, en los últimos años.¹²

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el ámbito socioeconómico se describen pérdidas de 264 mil años de vida saludables por muertes prematuras y 171 mil por discapacidad en diabéticos de más de 45 años. Las pérdidas para los servicios de la salud son del orden de 318 millones de dólares por año; la atención de esta enfermedad cuesta a los sistemas de salud hasta 15% del total de sus recursos y es el rubro del gasto más importante el ámbito de salud.¹³

Lamentablemente, a pesar de todas las acciones de salud dirigidas al paciente con DM2, las complicaciones continúan siendo un problema de salud, constituye el principal motivo de ingreso en los servicios del país, y desencadenan devastadoras consecuencias que incluso pueden llevar a la muerte del paciente. Su impacto negativo en los pacientes con DM2 ha estado influido, entre otros factores; por la falta de conocimientos sobre los factores de riesgo y de cómo prevenir las complicaciones.¹³

La diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) se presenta a cualquier edad, generalmente sobre los 40 años; aumentando el riesgo con la obesidad, la falta de actividad física, dislipidemia, antecedentes familiares o de diabetes gestacional, hipertensión y la edad, en la mayoría de los casos se pueden evitar modificando el estilo de vida. La prevalencia de diabetes es mayor en los países desarrollados, sin embargo, el aumento proporcional de ésta es mayor en los que están en vías de desarrollo. En América Latina las poblaciones urbanas tienen tasas de prevalencia dos veces mayores que las rurales, patología que permanece como una causa importante de morbilidad y mortalidad prematura en todo el mundo.¹⁴

La Diabetes Mellitus (DM), es una enfermedad crónica, que, a pesar de los sistemas de salud público en el mundo, continúa en aumento especialmente en países en vías de desarrollo ya sea por falta de acceso a medicamentos o métodos diagnóstico, tal y como es en México, teniendo esta enfermedad (con más de 500 mil casos nuevos diagnosticados por año) junto con la obesidad en primer lugar a nivel mundial.¹⁵

Esta enfermedad es paradigmática en geriatría, pues supone un modelo de envejecimiento acelerado y conjuga la pérdida funcional, los cambios asociados al envejecimiento, la complejidad por pluripatología y la aplicación de múltiples tratamientos, generando así la forma de presentación más frecuente de enfermedad en el adulto mayor

conocida como "síndromes geriátricos", condiciones de salud multifactoriales que ocurren como consecuencia de los efectos de la acumulación de deterioros en múltiples sistemas volviendo a una persona vulnerable ante las demandas fisiológicas o patológicas.

En México hay 10 millones de adultos mayores, la mayoría se encuentra en riesgo de desarrollar diabetes o padecen la enfermedad y no se han diagnosticado.¹⁵

Datos de la Organización Mundial de la Salud revelan que el número de personas que sufren diabetes en América Latina podría llegar a 32.9 millones para el 2030. En estos momentos y de acuerdo con los datos disponibles, las tasas más elevadas de prevalencia de diabetes corresponden a Belice (12.4%) y México (10.7%). En nuestro país, la diabetes mellitus es un problema de salud pública que ocupa los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población.¹⁶

Pregunta de investigación

¿Cómo es el Nivel de Capacidad de Autocuidado de los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus del Centro Gerontológico de Atitalaquia Hidalgo antes y después de una Intervención de Enfermería?

IV. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

4.1. Adulto Mayor

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) dice que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad. ¹

De acuerdo con las proyecciones que estima el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2017 personas de 60 habitan en el país casi 13 millones de personas de 60 y más años. Conforme a las proyecciones que estima el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2017 residen en el país 12 973 411 y más años, de los cuales 53.9% son mujeres y 46.1% son hombres.¹⁷

4.2. Diabetes mellitus

La diabetes mellitus, más conocida simplemente como “diabetes”, es una afección crónica que se produce cuando se dan niveles elevados de glucosa en sangre debido a que el organismo deja de producir o no produce suficiente cantidad de la hormona denominada insulina, o no logra utilizar dicha hormona de modo eficaz. La insulina es una hormona esencial, fabricada en una glándula del organismo denominada páncreas, que transporta la glucosa desde la corriente sanguínea hacia las células del organismo, en donde la glucosa se convierte en energía. La falta de insulina o la incapacidad de las células de responder ante la misma provocan un alto nivel de glucosa en sangre o hiperglucemia, que es la principal característica de la diabetes. La hiperglucemia, de no controlarse, puede provocar daños a largo plazo en varios órganos del cuerpo, que conllevan el desarrollo de complicaciones sanitarias y peligrosas para la supervivencia tales como enfermedades cardiovasculares, neuropatía, nefropatía o enfermedades oculares que acaban en retinopatía y ceguera. Por otra parte, si se logra controlar la diabetes adecuadamente, estas graves complicaciones se pueden retrasar o prevenir.¹⁸

La clasificación y el diagnóstico de la diabetes son complejos y han sido tema de muchas consultas, debates y revisiones a lo largo de muchas décadas, pero hoy día está

generalmente aceptado que existen principalmente tres tipos de diabetes: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional (DMG).¹⁸

4.3. Capacidad de autocuidado

La capacidad de autocuidado o agencia de autocuidado se conceptualiza como poseedora de un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: habilidad de atender situaciones específicas, comprender sus características y significado; percibir la necesidad de cambiar o regular comportamientos; adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; decidir qué hacer, y la destreza de actuar para lograr el cambio o la regulación¹⁹.

4.4. Autocuidado

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción. El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía.²⁰

Dentro del contexto de la vida diaria, en los grupos sociales y su localización temporoespacial, las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas o hacia características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente, o interfieren la regulación continuada de su propio.²⁰

Funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, al auto mantenimiento y a la salud y bienestar personal. ²⁰

4.5. Teoría de enfermería Dorothea E. Orem “Teoría del autocuidado”

Dorothea E. Orem presenta su teoría general de la pérdida del autocuidado como una Hipótesis compuesta por tres elementos relacionados entre sí:

1. Teoría de autocuidado.
 2. Teoría de la pérdida del autocuidado.
 3. Teoría de los sistemas de enfermería.
- Teoría de autocuidado. Muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, prevé las bases para la recolección de datos.
 - La teoría de la pérdida del autocuidado. Postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades, y limitaciones del cuidado del individuo puede ser calculadas a fin de proporcionar esa atención, de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente.
 - La teoría de los sistemas de enfermería proporciona el contexto dentro del cual la enfermera(o) se relaciona con el individuo, lo precisa, prescribe, diseña, y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de las pérdidas de autocuidado.²⁰

En este marco se retoma la aplicación del modelo de atención de enfermería de la teoría de Dorothea E Orem, centrado en el autocuidado, porque permite abordar al paciente con diabetes mellitus tipo II, al proporcionarles las acciones necesarias para hacerlos partícipes del propio cuidado y responsabilizarse de su tratamiento.

En esta teoría el paciente es el protagonista en la toma de decisiones en la salud y en el desarrollo de sus capacidades de autocuidado, pero para ello se deben realizar acciones y secuencias de acciones aprendidas, dirigidas hacia sí mismos o hacia características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos, identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente, o interfieren la regulación continuada de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuación

de la vida, al auto mantenimiento y a la salud y bienestar personal, ya que como personas maduras y en proceso de maduración, requieren aprender sobre el cuidado propio, y estos requerimientos pueden ir cambiando o modificándose a lo largo del tiempo, en función de sus propia demanda de autocuidado.

El autocuidado también tiene elementos culturales que varían con los individuos y los grandes grupos sociales, además es una acción intencionada y dirigida, e implica el uso de recursos materiales y el gasto de energía. Igualmente, el autocuidado está entendido como una función reguladora humana, ejecutada deliberadamente con cierto grado de complejidad y efectividad.

En el caso de la persona con diabetes mellitus tipo 2, se entiende que buscan adaptarse intencionalmente a la situación de cronicidad del padecimiento. Esto quiere decir que llevan a cabo acciones dirigidas a promover el proceso de adaptación. Por otro lado, el conocimiento de las condiciones ambientales implica acciones consideradas que, para el adulto con diabetes mellitus tipo 2, pueden ser el reconocimiento de las barreras que interfieren en las acciones de autocuidado.

Dorothea E Orem contempla el concepto de auto, como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales) y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que las personas inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Esta teoría articula un campo de conocimiento que guía las acciones de enfermería, en aras de satisfacer las demandas y promoción del ejercicio de autocuidado entre otras. Una persona para cuidar de sí misma es capaz de realizar las siguientes actividades: apoyar los procesos vitales y del funcionamiento normal, mantener el crecimiento, maduración y desarrollo normal prevenir o controlar los procesos de enfermedad o lesión, prevenir incapacidad (o su compensación) y promover el bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionalmente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón de comprender su estado de salud, y sus conocimientos en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. El autocuidado está influenciado por los factores básicos condicionantes (FBC) los cuales son factores internos y externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado o afectan al tipo y cantidad de autocuidado requeridos son:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado de desarrollo.
4. Estado de salud.
5. Orientación sociocultural.
6. Factores del sistema de cuidado de salud, por ejemplo: diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.
7. Factores del sistema familiar.
8. Patrón de vida. (Incluye las actividades en las que se ocupa regularmente).
9. Factores ambientales.
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Los requisitos de autocuidado son un componente principal del modelo y constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

Dorothea E Orem ha identificado o descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado que son los requisitos del autocuidado universal.

Así mismo, los requisitos del autocuidado universal representan las clases de relaciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantiene la estructura y funcionamiento y que a su vez apoyan el desarrollo y maduración del individuo. Cuando estos requisitos se proporcionan de manera efectiva el autocuidado refuerza la salud positiva y el bienestar de la persona son:

-
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
 4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de los excrementos.
 5. Mantenimiento y equilibrio del reposo.
 6. Mantenimiento y equilibrio entre la soledad y la interacción social.
 7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
 8. Promoción del funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal (normalidad).

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales para la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento del individuo. La finalidad de la atención en autocuidado es fomentar y promover la salud, prevenir las enfermedades, recuperar o rehabilitar la salud integral. A través del autocuidado se influye positivamente en el nivel de salud al lograr que los propios adultos mayores, familia y comunidad mejoren sus conocimientos y destrezas para cuidar su propia salud, fomentar su capacidad de decidirse a buscar ayuda profesional cuando sea necesario.

Por ser la diabetes mellitus una enfermedad crónico degenerativa, donde se suceden cambios drásticos en el estilo de vida, en la ocupación, en la relación y en la dinámica familiar, entre otras, es preciso restablecer la autosuficiencia de los pacientes.²

MODELO DE SISTEMA ENFERMEROS BASICOS "TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO"

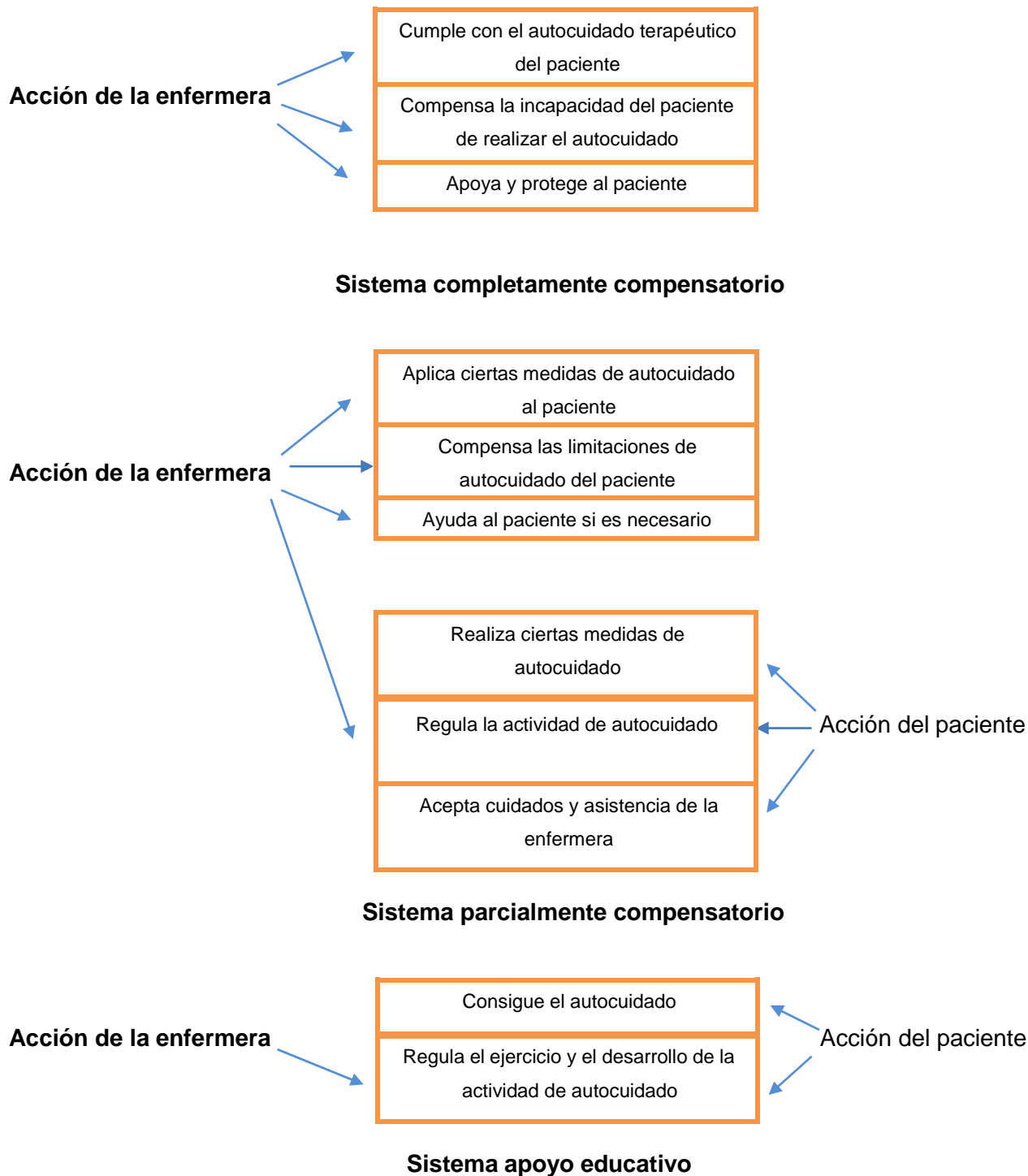


Figura 1. Violeta A, b. y. (2015). Teoría del deficit de autocuidado . En M. R. ALLIGOOD, *modelos y teorías de enfermería* (pag236). ELSEVIER.

4.6. Relación teoría – investigación

Para fines de esta investigación la teoría en la que se fundamentó la intervención es la de Sistemas Enfermeros que está relacionada con la teoría principal Déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem. Donde la Teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es un servicio humano, el cual es: Realizar intervenciones de enfermería de tipo educativo dando a conocer el concepto de autocuidado, diabetes mellitus y sus complicaciones, hábitos de higiene y estilos de vida saludable donde el objetivo principal sea regular el ejercicio y el desarrollo de las actividades de autocuidado y las acciones del paciente es recibir platicas educativas para que logre el conseguir el autocuidado²⁰.

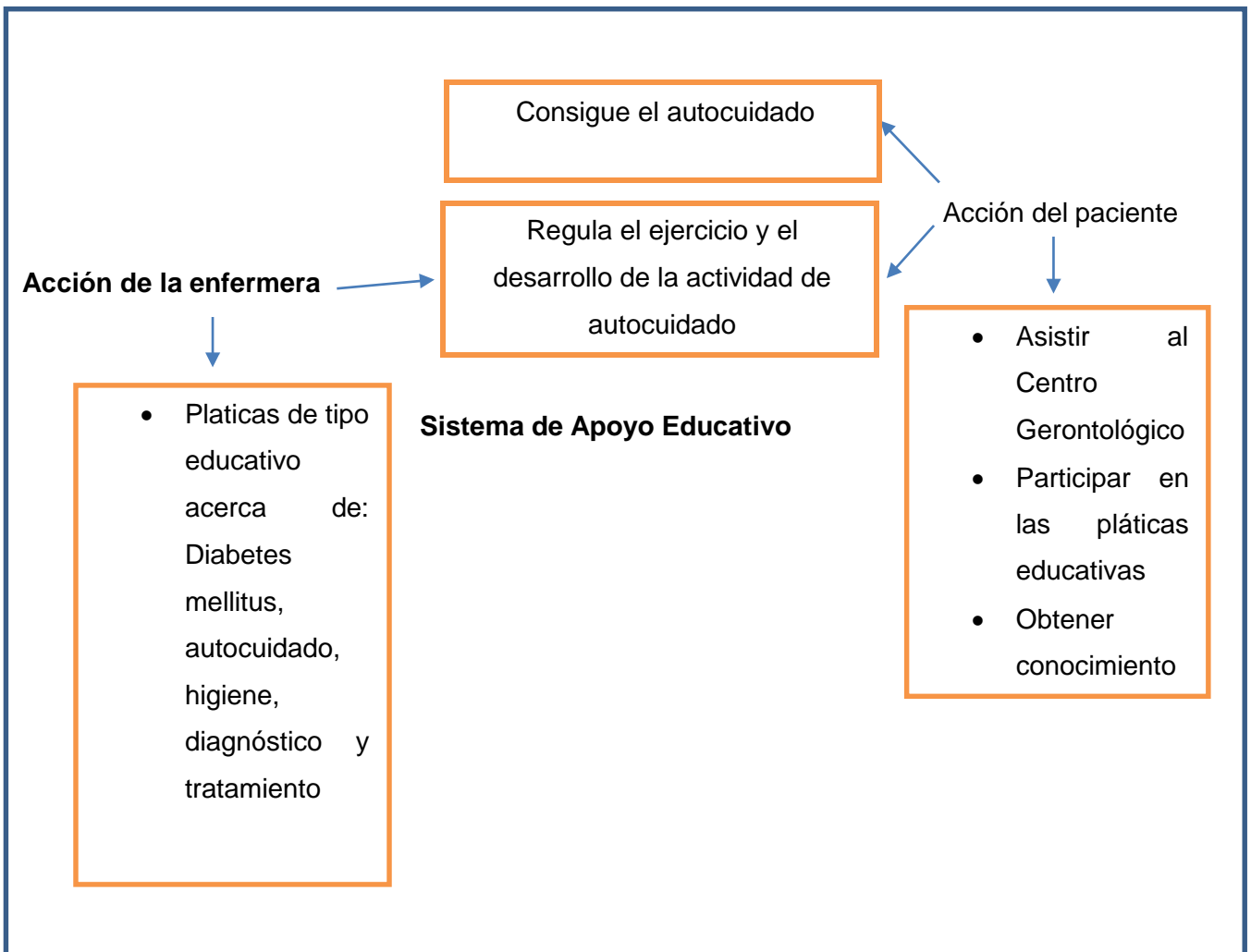


Figura 2. Relación Teoría con la investigación

V. HIPÓTESIS

Hi:

La capacidad de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus del Centro Gerontológico de Atitalaquia después de la intervención de enfermería es muy buena.

Ho:

La capacidad de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus del Centro Gerontológico de Atitalaquia después de la intervención de enfermería es baja.

Ha:

La capacidad de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus del Centro Gerontológico de Atitalaquia después de la intervención de enfermería no es buena.

VI. OBJETIVOS

6.1. GENERAL

Evaluar el nivel de capacidad de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus del Centro Gerontológico de Atitalaquia antes y después de una intervención de enfermería.

6.2. ESPECÍFICOS

- Conocer el nivel de capacidad de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus antes de una intervención de enfermería.
- Analizar la capacidad de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus durante una intervención de enfermería.
- Medir el nivel de capacidad de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus después de una intervención de enfermería.

VII. METODOLOGÍA

7.1. Tipo Investigación

La presente investigación es de aplicabilidad básica con enfoque cuantitativo de nivel explicativo.

7.2. Diseño de la investigación

Con un diseño metodológico cuasiexperimental, prospectivo explicativo de corte longitudinal.

7.3. Límite de tiempo y espacio

El siguiente estudio se realizó en el Centro Gerontológico del municipio de Atitalaquia Hidalgo con una duración de dos meses con 11 días; que dio inicio el 1 de agosto y finalizo el 10 de octubre de 2019, para poder realizar la intervención.

7.4. Universo

El universo consto de 40 pacientes adultos mayores de 65 años que asistieron al Centro Gerontológico de Atitalaquia Hidalgo.

7.5. Muestra

Tipo de muestra no aleatoria por disposición considerando el 66.66% del universo que corresponde a los adultos mayores que asisten al Centro Gerontológico de Atitalaquia Hidalgo.

7.6. Criterios de Selección

- **Criterios de inclusión:**

Adultos mayores de ambos sexos mayores a 65 años con Diagnostico de Diabetes Mellitus, que asistieron al Centro Gerontológico de Atitalaquia Hgo.

Que tengan Diabetes Mellitus diagnosticada.

Pacientes que no padezcan de enfermedades que alteren el nivel de conciencia. Que acepten participar en el estudio.

- **Criterios de exclusión:**

Adultos mayores que no presenten diabetes mellitus, o padezcan alguna otra enfermedad que le imposibilite la comunicación.

- **Criterios de eliminación:**

Adultos mayores que no quieran continuar con el estudio.

7.7. Variables

Variables sociodemográficas:

Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo, contando desde su nacimiento.²¹

Género: se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias.²²

Estado civil: condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal al respecto a esto.²³

Ocupación: Clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.²⁴

Variable dependiente:

Capacidad de autocuidado: La capacidad de autocuidado o agencia de autocuidado se conceptualiza como poseedora de un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: habilidad de atender situaciones específicas, comprender sus características y significado; percibir la necesidad de cambiar o regular comportamientos; adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; decidir qué hacer, y la destreza de actuar para lograr el cambio o la regulación¹⁹.

Variable independiente:

Apoyo educativo: Es cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten.¹⁴

7.8 Instrumento de medición

El instrumento que se utilizó, denominado Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC); fue una encuesta que consta de 24 ítems, la medición del instrumento se da en un puntaje de 1 – 96 donde cada ítem cuenta con cuatro opciones de respuesta: total desacuerdo, Desacuerdo, Acuerdo y Total de Acuerdo.²⁵

Codificación:

Muy baja de 1 a 24 puntos

Baja de 25 a 48 puntos

Buena de 49 a 72 puntos

Muy buena de 73 a 96 puntos

Validez y confiabilidad: Para obtener la confiabilidad y validez del instrumento denominado: Escala para estimar las capacidades de Autocuidado (EECAC), se aplicó el instrumento en una población mexicana por la Dra. Silva, quien reporto un Alfa de Cronbach 0.79

Fue validado por: Cadena Lagunés, Carlos Alberto y Flores Gutiérrez, Yamileth en la Universidad Veracruzana de México con un Alfa de Cronbach de 0.825. El resultado de confiabilidad del instrumento muestra que es aceptable.²⁵

7.9 Procedimientos

Se presentó protocolo para su aprobación por parte del comité de ética de la universidad, posteriormente se solicitó autorización a la Profesora Guillermina Melo Vargas coordinadora del Centro Gerontológico de Atitalaquia, Hgo. Y así realizar el estudio a los adultos mayores que asistieron a dicha institución. *Apéndice 1*

Se identificó a la población muestra para realizar el estudio y posteriormente se explicó cómo se llevaría a cabo el estudio, así como también su propósito y los resultados que se deseaban obtener para que los adultos mayores asistieran a la institución e iniciar las sesiones de la intervención.

En la primera sesión se informó las bases del estudio a realizar y llevar a cabo el llenado del consentimiento informado, se utilizó el instrumento Escala Para Estimar Las Capacidades De Autocuidado (EECAC). *Anexo 1*

En sesiones posteriores se realizó la intervención educativa adecuada para impartir temas y conferencias, donde se dieron a conocer métodos y estrategias para el autocuidado con el fin de aumentar su capacidad de autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus. *Apéndice 2*

Una vez concluidas las sesiones sobre autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus se aplicó por segunda vez el instrumento de evaluación para comparar el nivel de capacidades antes y después y así determinar si la intervención sobre autocuidado dio resultados.

7.10 Análisis

Análisis de datos. Se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21, se aplicó tanto estadística descriptiva e inferencial, se obtuvo medidas para el resumen, tendencia central y variabilidad.

Análisis estadístico descriptivo. Con la finalidad de describir los factores personales biológicos y socioculturales de los participantes se utilizó como unidad de medida la distribución de frecuencias o medidas de resumen (frecuencias y porcentajes), para las variables con nivel de medición nominal, para las variables con nivel de medición de razón de ocupación, se ocuparon las medidas de tendencia central (media, mediana, moda), así como las medidas de dispersión o variabilidad (desviación típica o estándar, rango y varianza)

Análisis estadístico inferencial. Para este análisis se utilizó la prueba de Wilcoxon, que es una prueba no paramétrica que se utiliza en muestras pequeñas con correlación y para investigaciones en donde se hace dos mediciones (antes y después).

7.11 Difusión

El presente trabajo se presentó en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo el día 3 y 4 de junio del 2019 argumentando su contenido y propósito de acuerdo con los objetivos, posteriormente se dio a conocer bajo el marco del 5to Foro Estatal de Investigación de la Salud en la ciudad de Querétaro los días 24 y 25 de octubre de 2019, donde se dieron a conocer los resultados obtenidos de acuerdo con la intervención de enfermería sobre las Capacidades de Autocuidado de los adultos mayores. Y posteriormente la publicación en un artículo científico y la elaboración de tesis para obtener el grado académico de Licenciadas en Enfermería.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Debido al impacto creciente de los avances de la ciencia y la tecnología en el mundo actual, así como la influencia de la investigación científica en la creación de soluciones a los problemas de la vida, los aspectos éticos han emergido con inigualable fuerza en el debate internacional. Ello demanda la responsabilidad de la comunidad científica, ya que la credibilidad, la integridad y los motivos por los cuales se conducen las investigaciones se evalúan en escala social y los resultados de esas investigaciones se incorporan, en mayor o menor grado, al estilo de vida de los seres humanos dondequiera que habiten. Existen principios éticos que rigen el quehacer de los profesionales de la salud y de los investigadores en general, principios universales e históricos que conservan total vigencia y que deberían aplicarse en todo momento y ser de obligatorio cumplimiento para los profesionales de la salud pública. Dentro de esos principios comúnmente se exponen: el respeto a la vida, la autonomía, la beneficencia y no maleficencia, y la justicia.²⁶

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.²⁷

El consentimiento informado (CI) se convierte en una herramienta de mediación entre los intereses de investigadores, financiadores e individuos incluidos en la investigación científica. El CI es, adicionalmente, una excelente forma de ejercitar y aplicar principios éticos tan genuinamente humanos y universales. También conocido como consentimiento libre y esclarecido, consentimiento bajo información o consentimiento educado, el CI permite garantizar la autonomía, la autodeterminación y el respeto a los individuos involucrados en el proceso de investigación científica.²⁶

Ley General de Salud, con especial énfasis en la protección integral a todos los ciudadanos, se inspira en favorecer el concepto de que la salud es el estado de bienestar físico, mental y social que propicia el desarrollo integral del individuo y de la sociedad; por eso, la salud no solo constituye un valor biológico, sino un bien social y cultural que corresponde realizar al Estado, a la sociedad y al individuo, mediante las acciones pertinentes y adecuadas.²⁸

VIII.RESULTADOS

En el siguiente apartado se muestran los resultados obtenidos del trabajo de investigación capacidad del autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus del centro gerontológico de Atitalaquia Hgo. antes y después de una intervención de enfermería, que se les realizo a 40 adultos mayores pertenecientes a dicho centro gerontológico.

Tabla 1. Edad

Variable	<i>f</i>	%
65-75	28	70.0
76-85	11	27.5
86 y mas	1	2.5
Total	40	100.0

Fuente: Cedula de Factores Personales (CFP) (2018) n=40

Como podemos observar en la tabla 1, la edad que más predomino en la población encuestada fue de 65 a 75 años con un 70% mientras que los adultos mayores que más edad tiene con 86 años y más solo es un participante.

Tabla 2. Genero

Variable	<i>f</i>	%
Femenino	30	75
Masculino	10	25
Total	40	100.0

Fuente: Cedula de Factores Personales (CFP) (2018) n=40

Se pudo identificar que el 75% corresponde al sexo femenino y el 25% corresponde al sexo masculino, dando una razón de 30/10, es decir que por cada 3 mujeres hay un hombre.

Tabla 3. Estado civil

Variable	<i>f</i>	%
Con pareja	15	37.5
Sin pareja	25	62.5
Total	40	100.0

Fuente: Cedula de Factores Personales (CFP) (2018)

n=40

En la tabla 3 se muestra que predominaron los participantes con un 62.5% sin pareja, mientras que solo el 37.5% si tiene pareja.

Tabla 4. Ocupación

Variable	<i>f</i>	%
Empleado	1	2.5
Obrero	3	7.5
Independiente	10	25
Ama de casa	26	65
Total	40	100

Fuente: Cedula de Factores Personales (CFP) (2018)

n=40

En la siguiente tabla se pudo observar que el mayor porcentaje es de 65% siendo la ocupación de ama de casa, mientras que el 25% es de ocupación independiente, 7.5% es la ocupación de obrero y de menor porcentaje de empleado 2.5%.

Tabla 5. Capacidad de Autocuidado Pre y Post intervención

Capacidad de autocuidado	Pre-intervención		Post intervención	
	f	%	f	%
Baja	2	5%	0	0 %
Buena	8	20%	4	10%
Muy buena	30	75%	36	90%
Fuente: EECAC (2018)				n=40

En la presente tabla se pudo observar que de acuerdo con instrumento aplicado en los pacientes del Centro Gerontológico de Atitalaquia Hgo antes de una intervención de enfermería se encontró un 75% en muy buena capacidad de autocuidado, un 20% en buena capacidad de autocuidado y un 5% en baja capacidad de autocuidado, al finalizar las intervenciones se obtuvo como resultado un 90% en muy buena capacidad de autocuidado y 10% en buena capacidad de autocuidado.

Tabla 6. Prueba de hipótesis wilcoxon de rangos con signo estadístico de prueba

Suma post – Suma pre	
Z=	-4.719 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	.000
Fuente: EECAC (2018)	
n=40	

Como se pudo observar en la tabla anterior, para la prueba de Hipótesis se utilizó la prueba de Wilcoxon de rangos señalados y pares igualados, en donde se obtuvo en capacidad de autocuidado un valor de Z de -4.719^b, de esta manera se logró obtener un valor de significancia de P para el indicador de .000, obteniendo estos resultados se rechaza la Hipótesis nula y se acepta la Hipótesis de trabajo.

Tabla 7. Comparación de resultados Pre y Post intervención

PREGUNTA	RESULTADOS PRE INTERVENCION	RESULTADOS POST INTERVENCION
1	3.30	3.70
2	3.33	3.68
3	3.30	3.70
4	3.50	3.80
5	3.55	3.78
6	2.95	3.73
7	3.48	3.75
8	3.55	3.73
9	3.28	3.78
10	3.38	3.83
11	2.75	3.60
12	3.10	3.73
13	3.13	3.75
14	3.08	3.68
15	3.15	3.85
16	3.15	3.85
17	3.15	3.83
18	3.45	3.83

19	3.40	3.78
20	3.10	3.73
21	3.25	3.75
22	3.10	3.90
23	3.25	3.78
24	3.45	3.85
Fuente: EECAC (2018)		n=40

En la tabla anterior se puede observar la comparación de resultados de las preguntas correspondientes al total de muestra, tomadas del EECAC antes y después de una intervención de enfermería.

IX. DISCUSIÓN

El presente estudio permitió evaluar las Capacidades de Autocuidado de 40 Adultos Mayores con Diabetes Mellitus del Centro Gerontológico de Atitalaquia Hidalgo antes y después de una Intervención de Enfermería. La capacidad de autocuidado expresada posterior a la intervención de enfermería fue muy buena.

Meneses Ramírez Constantina; en su estudio “Conocimientos que tiene los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar”, en donde participaron 150 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, la ocupación que más se presentó fue de ama de casa en 90 sujetos con un 60% ya que lo que más predomina en el estudio es el sexo femenino, teniendo similitud con nuestros resultados con un 65% que equivale a 26 adultos mayores de ocupación ama de casa del sexo femenino.¹⁴

García Reto Jayro Yair; en su investigación “Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo dos” con una muestra de 40 pacientes donde la edad oscila de 60 a 80 años, la mayoría fue de sexo femenino con un porcentaje de 72.5% que equivale a 29 mujeres y ocupando el 27.5% equivalente a 11 hombres; teniendo similitud con nuestra investigación ya que la mayoría de nuestra población la ocupa el rango de edad de entre 65 años a 75 con un porcentaje del 75% femenino y 25% masculino del total de la población.²⁹

Hernández Ramírez Joselyn Itzury, en su reporte de investigación “Capacidad de Autocuidado de la Persona con Diabetes Mellitus tipo 2”, se obtuvo que la capacidad de autocuidado de los pacientes con diabetes tipo 2 de la comunidad de puentecillas, en su mayoría su resultado es de muy buena con un porcentaje de 54.17%, seguido de buena con un porcentaje de 45.83%, teniendo una similitud con nuestros resultados es muy buena con un porcentaje de 90% y un 10% con buena capacidad.¹⁹

Guzmán Olea Eduardo en su investigación titulada “Eficacia de un programa de empoderamiento en la Capacidad de autocuidado de la salud en los adultos mayores mexicanos jubilados” se observa que la capacidad de autocuidado al inicio del estudio el 72.4% de los hombres y el 45.3% de las mujeres manifestaron una capacidad adecuada. Al comparar los valores iniciales con los finales después de la intervención el 92.5% de los hombre y el 82.2% de las mujeres reporto una percepción adecuada de la capacidad de autocuidado observando un aumento estadísticamente significativo, teniendo similitud con nuestra investigación con un resultado en la pre intervención de 75% muy buena, 20% buena y un 5% baja, mostrando un cambio significativo en la capacidad de autocuidado con un 90% muy buena y un 10% buena al final de nuestra intervención.³⁰

Por último, Arce Oxa Pamela, en su investigación denominada “Intervención de Enfermería según Modelo de Dorothea Orem en la Calidad de Vida de Usuarios del Centro de Hemodiálisis Sermedial Sac. Arequipa 2019”, en su estudio obtiene un resultado en el pretest de 63.6% de usuarios que presentaban una calidad de vida moderada y después de la segunda medición un 72.7% presento una calidad de vida alta; por lo que se concluyó que la intervención de enfermería basada en el modelo de Dorothea Orem influye de manera efectiva en la calidad de los usuarios.³¹

X. CONCLUSIONES

Durante el análisis previo a la aplicación de las intervenciones de enfermería sobre el autocuidado de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Atitalaquia, Hidalgo, se encontró que el 75% de los 40 individuos estudiados (que corresponde a 30 personas) tenía un nivel de autocuidado calificado como “Muy bueno”, el 20% (que corresponde a 8 personas) tenía un nivel de autocuidado considerado “Bueno”, mientras tanto el 5% (correspondiente a 2 personas) se encontró con un nivel de autocuidado considerado como “Bajo”.

Tras la aplicación de las intervenciones de enfermería basadas en el Modelo de Dorothea Orem, se midió una mejora en el autocuidado de la población estudiada del Centro Gerontológico de Atitalaquia Hidalgo, teniendo un 90% de individuos con un nivel de autocuidado “Muy bueno”.

XI. RECOMENDACIONES

- Hacer una medición después de seis meses para verificar que la capacidad de autocuidado se haya mantenido en muy buena.
- Realizar intervenciones educativas en otros Centros Gerontológicos sobre la capacidad de autocuidado.

XII. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. (2017). Informe mundial sobre la diabetes. 28-10-10, de OMS Sitio web: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255spa.pdf;jsessionid=31F646368F6B60AAC7756A2A529900AF?sequence=1>
2. Naranjo Hernández José Alejandro Concepción Pacheco. (2017-07-03). Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. 28-10-18, de Universidad Ciencias Médicas Sitio web: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v6n3/rf04306.pdf>
3. Barba Evia José Roberto. (03/05/2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. 01-11-18, de RevLatinoam Patol ClinMedLab Sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt181a.pdf>
4. MONTSERRAT FORTUNY 01 JAVIER GALLEG0. (marzo 2019). EDUCACION PARA LA SALUD. 01-11-19, de investigación y experiencias Sitio web: <https://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de-educacion/articulosre287/re28713.pdf?documentId=0901e72b813c300e>
5. OMS. (2017). Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT. 01-11-17, de Organización Mundial De Salud Sitio web: https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/es/
6. René Rico Sánchez (1) Alberto Juárez Lira. (09/12/2017,). Nivel de Conocimientos, Estilos de Vida y Control Glicémico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. 20/09/18, de Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Enfermería Sitio web: <file:///F:/PROTOCOLO/ARTICULO%204.pdf>
7. Lazo Villalta A, Silvano Esteban C, Contreras Castro F. Efectividad del programa “vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III-Huaycán, Lima, 2017. Revista científica Ciencias de la Salud [Internet]. 2017 [cited 2 November 2018];(11). Available from: https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/1061/pdf

-
8. Nancy Guerrero-R, M. C.-C. (201). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud*. sitio web: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
 9. Silva, L. B. (2018, 8 marzo). Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model. Scielo.br. Recuperado 2018, de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/sxKrrKYQzRdTWL8fWdyr5m/?lang=es>
 10. María Soler Sánchez; Elsa Pérez Rosalba; (29 de marzo de 2016). Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. 20/09/19, de Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma, Cuba. Sitio web: <file:///F:/PROTOCOLO/ARTICULO%201.pdf>
 11. Flores Pérez M, Garza Elizondo M, Hernández Cortés P. Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. Monterrey, México. Revista Enfermería Herediana [Internet]. 2015 [cited 2 November 2018];(8). Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2684/2560>
 12. Ayala M, Rivera-García V, Flores Balseca C. Diabetes mellitus. Factores de riesgo en los adultos mayores. Polo del Conocimiento [Internet]. 2017 [cited 2 November 2018] ;(5). Available from: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/217/pdf>
 13. Salud, O. M. (2018). informe mundial sobre la diabetes. Obtenido de <file:///D:/sexto%20semestre/protocolo%20de%20investigacion/OMS.pdf>
 14. Ramírez, C. M. (2016). Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar. IMSS. Recuperado 2018, de https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS_Tina.pdf
 15. Guerrero, J. M., Barragán, A. M., Navarro, C. L., & Murillo, L. M. (2017, 30 septiembre). Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor. Medicina clínica. <https://medicinaclinica.org/index.php/rmc/article/view/36>
 16. Maguey Pilar. (2017). Diabetes mellitus y adultos mayores. 04-11-18, de SALUD Sitio web: <https://www.salud180.com/adultos-mayores/diabetes-mellitus-y-adultos-mayores>

-
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con edad. INEGI. Recuperado 2018, de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_nal.pdf
 18. International Diabetes Federation. (2020). Atlas de la Diabetes de la FID. FID. Recuperado 2021, de https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
 19. Hernández Ramírez, J. I., & Franco Corona, B. E. (2018, 9 febrero). *Capacidad de autocuidado de la persona con diabetes tipo II*. Jóvenes en la Ciencia. Recuperado 9 de septiembre de 2019, de <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2247>
 20. Alligood M, Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 8th ed. ELSEVIER; 2014.
 21. Oxford University Press (OUP). (s. f.-a). edad. Lexico.Com. Recuperado 2021, de <https://www.lexico.com/es/definicion/edad>
 22. Género y salud. (2018, 23 agosto). Organización Mundial de la Salud. Recuperado 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
 23. Oxford University Press (OUP). (s. f.). estado civil. Lexico.Com. Recuperado 2021, de https://www.lexico.com/es/definicion/estado_civil
 24. INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). Glosario de Conceptos. Recuperado 2021, de <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4614&op=30100&p=1&n=20>
 25. Cusi Huamani, MarleniMarin Ventura, AngelaMiluska. (2017). *Capacidad de autocuidado y apoyo familiar percibido en personas con diabetes tipo 2, consultorio externo de endocrinología hospital regional honorio delgado*. 01/11/18, Sitioweb: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5143/ENCuhum.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

-
26. Cañete, R., & Brito, K. (2017). *Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales*. Acta Bioética. Recuperado octubre de 2019, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v18n1/art11.pdf>
 27. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. (2020). Universidad de Chile. Recuperado 2021, de <https://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76031/declaracion-de-helsinki-de-la-asociacion-medica-mundial>
 28. Secretaria de Servicios Parlamentarios. (2021, 22 noviembre). Ley General de Salud. Ley General de Salud. Recuperado 2021, de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
 29. Reto García, J. Y. (2017). *Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017*. Universidad San Pedro Facultad Ciencias De La Salud. Recuperado 9 de septiembre de 2019, de http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8738/Tesis_59365.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 30. Guzmán Olea, E. (2017). *Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados*. Salud & Sociedad. Recuperado 9 de septiembre de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439751039001.pdf>
 31. Arce Oxa, P., & Ballón Rivero, J. R. (2019). *“Intervención de enfermería según modelo de Dorothea Orem en la calidad de vida de usuarios del centro de hemodiálisis Sermedial Sac. Arequipa 2019”*. Recuperado 15 de noviembre de 2021, de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10407/ENarxop%26bariir.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 32. Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación* (Vol. 3). Ciudad de México, México: MC Graw Hill Educación.

xiii. ANEXOS Y APÉNDICES

Anexo 1: Instrumento



ESCALA PARA ESTIMAR LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO (EECAC)



Instrucciones: Por favor lea cada uno de ellos, marque con una x el número a que corresponda al grado que mejor lo describa a Usted.

PREGUNTAS	1	2	3	4
1.-Según cambien las circunstancias puedo hacer ajustes para mantener con salud.				
2.- Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.				
3.-Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme.				
4.-Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor				
5.-Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito para mantenerme con salud.				
6.-Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo.				
7.-Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud.				
8.-Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño.				
9.-Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga correcto.				
10.-Si es necesario, puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy.				
11.-A veces pienso en hacer ejercicios y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago.				
12.-Tengo amigos a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda.				
13.- Pocas veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado.				

14.-Cuando obtengo información sobre mi salud, raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo.				
15.-Pocas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio.				
16.-En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ellos mejoraba mi salud.				
17.-Si tengo que tomar un nuevo medicamento, puedo obtener información sobre los efectos indeseables.				
18.-Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros.				
19.-Soy capaz de valorar qué tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.				
20.-Con la actividad diaria raras veces puedo tomar tiempo para cuidarme.				
21.-Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada.				
22.-Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo misma (o).				
23.-Pocas veces puedo tomar tiempo para mí.				
24.-Aun con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

Anexo 2: Constancia de presentación



Otorga la presente

CONSTANCIA

A:

Inés Cruz Márquez, Laura Daniela Briones Hernández, Lucero Crisel Cabrera Sánchez, María Guadalupe Salvador Alarcón, Ariana Maya Sánchez, Benjamín López Nolasco, Edith Araceli Cano Estrada

Por la presentación de su trabajo en el

Foro Estatal de Investigación en Salud 2019, con título:

" CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE ATITALAQUIA HGO ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ".

Realizado en el Hospital San José de Querétaro.
24 y 25 de octubre del 2019.
(16 horas)



Mtra. Silvia de los Ángeles Santoyo Cristiani
Subdirectora de Enseñanza, SESEQ

Registro SESEQ DSS-SE/FEIS-01/2019

Apéndice 1: Dictamen del Comité de Ética en Investigación



Tlahuelilpan, Hidalgo; a 13 de junio de 2019.

ASUNTO: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN APROBACIÓN

EST. LAURA DANIELA BRIONES HERNÁNDEZ
INVESTIGADOR
PRESENTE

Título del proyecto

Capacidades de autocuidado de los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus del Centro Gerontológico de Atitalaquia Hidalgo. Antes y después de una intervención de Enfermería.

Código asignado por el Comité: 2019/01/P32

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	Nº de la versión	Decisión
Protocolo	2	Aprobado
Consentimiento informado	2	Aprobado

Este protocolo tiene vigencia de junio de 2019 a junio de 2020 y se autoriza su ejecución por parte de las estudiantes de la licenciatura en enfermería; Laura Daniela Briones Hernández, Lucero Crisel Cabrera Sánchez, Inés Cruz Márquez, María Guadalupe Salvador Alarcón bajo la asesoría de: M.C.E. Ariana Maya Sánchez, D.C.E. Benjamín López Nolasco, Dra. Edith Araceli Estrada.

ATENTAMENTE

Gabriela Maldonado

Mtra. Gabriela Maldonado Muriel

Responsable del Comité de Ética e Investigación
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo



Apéndice 2: Solicitud



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

LE/II-14/348

Asunto: Solicitud

Mtra. Guillermina Melo Vargas
Coordinadora del Centro Gerontológico de Atitalaquia

Presente.

Reciba un afectuoso saludo de la comunidad Universitaria, así mismo tengo a bien solicitar a usted autorización para que los alumnos de sexto semestre **Briones Hernández Laura Daniela, Cruz Márquez Inés, Salvador Alarcón María Guadalupe**, del Programa Educativo de la Licenciatura en Enfermería realicen un proyecto de investigación titulado **"Nivel de conocimientos del Autocuidado de los adultos mayores con Diabetes Mellitus del Centro Gerontológico de Atitalaquia Hidalgo antes y después de una intervención de enfermería"**, Basado en la evidencia estadística que constata la OMS y la OPS sobre estos pacientes que notablemente es muy escasa, se deduce que la gravedad de los problemas que pueden llegar a manifestar los pacientes pueden ser multifactoriales, afectando el nivel de adaptación en el paciente; desencadenando así una serie de respuestas negativas.

Al percatarnos del servicio que el Centro Gerontológico que usted dignamente dirige, nos dimos a la tarea de querer formular dicha investigación en la institución y así junto con su apoyo poder coadyuvar en el enriquecimiento de información acerca de estos pacientes iniciando en el Estado de Hidalgo y poder contrastar nuestro estudio con los existentes alrededor del mundo, con la finalidad de determinar el nivel conocimientos del autocuidado e, implementar estrategias e intervenciones de enfermería para los pacientes de su unidad, que puedan favorecer el quehacer y el nivel de atención de su personal.

Agradeciendo atentamente, las facilidades para efectuar dicha actividad.
Sin más por el momento, le reitero la seguridad de mi atenta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE

"Amor, Orden y Progreso"

Tlahuelilpan de Ocampo, Hgo., 27 de noviembre de 2016

M.CE. Ariana Maya Sánchez

Asesora de proyecto de investigación.



ESCUELA SUPERIOR DE
TLAHUELILPAN



Ex Hacienda de San Servando 314
Col. Centro
Tlahuelilpan, Hidalgo, México, C.P. 42780
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 5660, 5661
esc_sup_tlahuelilpan@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Apéndice3: Operacionalización de variables

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS					
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR O DIMENSIONES	PRUEBA ESTADISTICA
EDAD	Es el tiempo que ha vivido una persona.	Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.	Nominal	A) 65-75 B) 75-80	Frec y % desv Estándar
GENERO	Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino	Identificación del sexo por Adulto Mayor.	Nominal	Hombre Mujer	Frec y % desv Estándar
ESTADO CIVIL	Situación personal en la que se encuentra o no una persona física en condición de otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos, adquiriendo derechos y deberes al respecto	Estado de vida que tiene una persona y la influencia que tiene otra persona como pareja	Nominal	A) Soltero B) Casado C) Conviviente D) Viudo	Frec y % desv Estándar

OCUPACION	Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo	Serie de actividades que realiza un individuo en un determinado tiempo	Nominal	A)Empleado B)Obrero C)Ama de casa D)Independiente	Frec y % desv Estándar
-----------	---	--	---------	--	---------------------------

VARIABLE DEPENDIENTE					
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR O DIMENSIONES	PRUEBA ESTADISTICA
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO	La capacidad de autocuidado o agencia de autocuidado se conceptualiza como poseedora de un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: habilidad de atender situaciones específicas, comprender sus características y significado; percibir la necesidad de cambiar o regular comportamientos; adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; decidir qué hacer, y la destreza de actuar para lograr el cambio o la regulación	El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción.	Ordinal	A) Muy Baja 1 – 24 B) Baja 25 – 48 C) Buena 49 – 72 D) Muy Buena 73 -96	Wilcoxon

VARIABLE INDEPENDIENTE					
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR DIMENSIONES	O PRUEBA ESTADISTICA
APOYO EDUCATIVO	Es cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten	Acciones que realiza el profesional de enfermería con el fin de mejorar y mantener la salud	Nominal	A) Si asiste B) No asiste	Wilcoxon

Apéndice4: Cronograma de actividades

	Junio 2019				Julio 2019				Agosto 2019				Septiembre 2019				Octubre 2019				Noviembre 2019			
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Solicitud de la intervención																								
Primera medición																								
Implementación Fase Operativa																								
Segunda Medición																								
Análisis e Interpretación de Resultados																								
Difusión																								
Publicación de resultados																								

Apéndice 5: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO

ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente acepto participar en el estudio titulado: Nivel de conocimientos del autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus del Centro Gerontológico de Atitalaquia Hgo antes y después de una intervención de enfermería.

Se me ha explicado que mi participación consiste en responder un cuestionario relacionado con el tema de investigación y asistir a un número de sesiones a la semana, en las que se me proporcionara información adicional al tema, además de que no recibiré ningún pago por mi participación. Así mismo de que me informado que los resultados del estudio serán utilizados solo por los investigadores principales y mi nombre será sustituido por un folio con el fin de proteger mi privacidad, de igual forma no tendré repercusión en el Centro Gerontológico de Atitalaquia Hidalgo, por participar en el estudio y proporcionar información relacionada en el tema principal.

Teniendo toda la información estoy de acuerdo en participar y doy mi consentimiento para ello.

Nombre y firma del participante

Primer Testigo

Segundo Testigo

Firma del investigador

Apéndice 6: Cedula de factores personales



CÉDULA DE FACTORES PERSONALES
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



EDAD	
GENERO	
ESTADO CIVIL	
OCUPACION	
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	
TRATAMIENTO MEDICO	

Apéndice 7: Recursos humanos, materiales, financieros y plan de

Recursos humanos:

4 estudiantes de la Lic. Enfermería; Briones Hernández Laura Daniela, Cabrera Sánchez Lucero Crisel, Cruz Márquez Inés, Salvador Alarcón María Guadalupe, 3 asesores; M.C.E Ariana Maya Sánchez, Dr. Benjamín López Nolasco, Dra. Edith Araceli Cano Estrada y 40 adultos mayores.

Recursos materiales:

A lo largo de la investigación se utilizaron 2 laptops, 200 horas de Internet, 300 impresiones, 4 memorias, 40 lápices, 10 marca textos, 500 hojas blancas, 500 hojas extra blancas, 15 lapiceros, 2 engrapadoras, 5 corrector, 3 carpetas, 200 protectores para carpeta, 5 engargolado y 5 encuadernado.

Recursos financieros:

El total de gastos para llevar a cabo la investigación fueron de \$35,660.00 pesos.

Apéndice 8: Plan de intervención



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

PROGRAMA DE INTERVENCIONES

TITULO

“Mientras nosotros te informamos, tú te cuidas”

REALIZADO POR:

BRIONES HERNANDEZ LAURA DANIELA

CABRERA SANCHEZ LUCERO CRISEL

CRUZ MARQUEZ INES

SALVADOR ALARCON MARIA GUADALUPE

ASESORES:

M.C.E ARIANA MAYA SANCHEZ

D.C.E BENJAMIN LÓPEZ NOLASCO

INTRODUCCIÓN

El autocuidado es considerado uno de los principales componentes del complejo tratamiento que la persona con DM debe asumir, exigiendo que ella tenga conocimiento y habilidades para desarrollar los comportamientos de autocuidado que son esenciales para el tratamiento y mantener la calidad del control metabólico, reduciendo las morbilidades asociadas a las complicaciones del DM.¹

Actualmente, la diabetes mellitus (DM) siendo la principal causa de muerte en la mayoría de los países, con estimaciones de afectar a 415 millones de adultos en todo el mundo y de poder alcanzar a 318 millones que tienen intolerancia a la glucosa lo que aumenta el riesgo en desarrollar la enfermedad en un futuro, con proyecciones de 624 millones para 2040, en que una de cada diez personas tendrá DM.²

La Educación para la Salud (EPS) según la Organización Mundial de la Salud comprende las actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar valores, actitudes y habilidades personales que promuevan la salud.³

La educación aplicada a una enfermedad crónica como la diabetes, facilita a la persona diabética y su familia el aprendizaje de habilidades y conocimientos necesarios para asumir una actitud positiva frente a su enfermedad, potencia elecciones responsables para que asuman acciones de autocuidado, así como el apoyo necesario para que puedan formar parte activa del tratamiento; de manera que se logre prevenir, retrasar o disminuir la probabilidad de desarrollar complicaciones que generan tanto impacto en las esferas sociales, psicológicas y económicas de las personas afectadas y sus familias.³

JUSTIFICACIÓN

El autocontrol de la Diabetes ha demostrado mejorar el control glucémico, las intervenciones de educación sanitaria son la parte fundamental en el tratamiento de la diabetes y la única forma eficaz para el control de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones.⁴

La OMS considera que la educación sanitaria es la parte fundamental en el tratamiento de la diabetes y la única forma eficaz para el control de la enfermedad de la diabetes y la única forma eficaz para el control de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones.⁵

Educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarias para afrontar las exigencias del tratamiento, así como promover en las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente de su control, sin afectar su autoestima y bienestar general.⁶

El propósito de la educación es informar y motivar a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables.⁷

Las intervenciones educativas son capaces de mejorar el conocimiento sobre la diabetes, por ello contribuyen a la mejora de una compensación metabólica en el control de la glucemia, así como también favorece el autocuidado en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.⁸

OBJETIVOS

General:

Exponer a los adultos mayores temas sobre diabetes mellitus para aumentar su capacidad de autocuidado.

Específicos:

- ☐ Definir correctamente el concepto de diabetes mellitus
- ☐ Explicar los temas referentes a diabetes mellitus

MARCO TEORICO

En nuestro país la diabetes ocupa el primer lugar dentro las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60mil muertes y 400,000 casos nuevos al año. Como el paciente cuenta con una autonomía considerable en el manejo de su enfermedad puede tomar, en muchas ocasiones, la errónea decisión de suspender las prescripciones médicas y alejarse de los servicios de salud.

Todos los pacientes deben recibir una educación general de la diabetes (individual o en grupo, preferiblemente usando un plan previamente aprobado).

Autocuidado

Se refiere a las acciones que las personas adoptan en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal; este es definido como practicas realizadas por las personas y familias por los cuales son promovidos comportamientos positivos de salud, en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de los síntomas.

Educación para la salud

Al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y colectiva.

Educación para el autocuidado de la diabetes

El autocuidado de la diabetes se ha definido como un proceso evolutivo de desarrollo de conocimiento o conciencia, aprendiendo a sobrellevar la compleja naturaleza de la diabetes en un contexto social; debido a que la mayoría de la atención diaria en la diabetes es manejada por los pacientes y/o familiares existe una importante necesidad de medidas fiables y válidas para el autocuidado de la diabetes. Hay comportamientos, esenciales en las personas con diabetes que predicen buenos resultados.

1. Alimentación saludable
2. Actividad física

-
3. Medición de glucosa en la sangre
 4. Apego a los medicamentos
 5. Comportamientos de reducción de riesgos

RESUMEN O CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN

Título: “Mientras nosotros te informamos, tú te cuidas”

1. Apoderándome de mi autocuidado
2. Conociendo sobre Diabetes Mellitus
3. Características del plan de alimentación
4. Importancia de su diagnóstico y síntomas que se presentan
5. Cambios en el adulto mayor con Diabetes Mellitus
6. Tratamiento para Diabetes Mellitus
7. Mi automonitoreo
8. Identificación del pie de riesgo y valoración
9. Complicaciones en las vías urinarias
10. Hipertensión como complicación de la diabetes mellitus

Metas

- ☐ Completar el número de intervenciones y sesiones con el adulto mayor.
- ☐ Explicar cada uno de los temas para mejorar su capacidad de autocuidado.

Sesión	Actividad	Material Necesario
1. Apoderándome de mi autocuidado	<p>Realizar una dinámica de integración con el juego de telaraña, cada participante dirá su nombre y edad.</p> <p>Se realizará un registro de Glicemia capilar, toma de peso, talla y perímetro abdominal, descripción del autocuidado.</p>	<p>- Bolígrafo</p> <p>- Hoja de registro</p> <p>- Glucómetro</p> <p>- Cinta métrica</p> <p>- Bascula</p> <p>- Estambre</p>
2. Conociendo sobre Diabetes Mellitus	Platica acerca de la enfermedad crónica de Diabetes Mellitus,	- Rotafolio
3. Características del plan de alimentación	Platica del plato y jarra del buen beber, participación del adulto mayor para identificar los alimentos del plato del buen comer con imágenes en un papel pellón	<p>- Rotafolio</p> <p>- Papel pellón</p> <p>- Imágenes</p>
4. Importancia de su diagnóstico y síntomas que se presentan	Platica del Diagnóstico para Diabetes Mellitus, participación del adulto con un juego de memorama para identificar imágenes con cambios del cuerpo o	<p>- Rotafolio</p> <p>- Imágenes</p> <p>- Juego de memorama</p>

	síntomas que se presentan con Diabetes Mellitus.	
5. Cambios en el adulto mayor con Diabetes Mellitus	Platica de los cambios generales que se presentan el adulto mayor, estado de ánimo, físicos etc.	-Rotafolio
6. Tratamiento para Diabetes Mellitus	Qué Control y tratamiento de Diabetes Mellitus conocen,	<ul style="list-style-type: none"> - Marcadores - Papel Bond
7. Mi automonitoreo	Identificar un glucómetro, conocer sus instrucciones y como obtener el resultado de glucosa	<ul style="list-style-type: none"> -Glucómetro -lancetas -torundas -hoja de registro
8. Identificación del pie de riesgo y valoración	Platica de los cuidados generales de la piel, identificación de cambios del pie, participación del adulto mayor de imágenes de un pie sano y un pie diabético.	<ul style="list-style-type: none"> - Rotafolio - Imágenes

9. Complicaciones en las vías urinarias	Platica de complicaciones de vías urinarias	Rotafolio
10. Hipertensión como complicación de la diabetes Mellitus	Platica acerca de Hipertensión arterial y parámetros normales	-Rotafolio

Metas

- ☐ Que los participantes cumplan con todas las actividades.
- ☐ Que los participantes aumenten su nivel de capacidades de autocuidado de Diabetes Mellitus.

MODULO 1

“APODERANDOME DE MI AUTOCUIDADO”

OBJETIVO:

Desarrollar conocimientos y habilidades para el autocuidado, para el tratamiento y mantener la calidad del control metabólico, reduciendo las morbilidades asociadas a las complicaciones del DM



Tiempo: 40 Minutos

Recurso Didácticos:

- Rotafolio
- Cartel de bienvenida.
- Bolígrafo
- Hoja de registro
- Glucómetro
- Cinta métrica
- Bascula
- Estambre

ACTIVIDADES

Bienvenida (10 min)

Se hará una presentación del equipo el cual se dará a conocer en grandes rasgos sobre de que es la investigación que se realizará y cuál es el objetivo de dicha investigación.

DINAMICA DE INTEGRACION

Objetivos:

- Analizar la importancia de la integración entre los miembros del grupo.
- Generar conciencia de la importancia de su enfermedad.
- Desarrollar de manera positiva la dinámica de integración.

Lugar: espacio amplio en donde los participantes se sientan cómodos y libres.

Pasos a seguir: la persona que se encargara de la dinámica pide a los participantes que se coloquen de pie formando un círculo. Se les explicara la dinámica que es tomar la bola de estambre, el participante se presentara mencionando su nombre y edad y que esperan de la investigación a realizar.

(10 min)

Se expondrá por medio de presentación en rotafolio el concepto de autocuidado el cual antes de empezar la presentación se preguntará a los participantes sobre que saben acerca de su autocuidado (10 min)

Se empezará la exposición del equipo de investigación el cual dará sus conceptos diferentes de autocuidado.

Lluvia de ideas. (10 min)

Los adultos mayores nos darán a conocer sobre el conocimiento e ideas que ellos tienen sobre su enfermedad y sus cuidados que requieren.

MODULO 2

“CONOCIENDO SOBRE DIABETES MELLITUS”

Objetivos:

- Describir el concepto de diabetes mellitus
- Analizar la gravedad de la enfermedad

Tiempo: 50 min

Recursos didácticos:

- rotafolio

ACTIVIDAD

Se les dará una plática sobre el concepto de diabetes mellitus y sus diferentes tipos a base de un cartel. (30 min)

La diabetes mellitus, más conocida simplemente como “diabetes”, es una afección crónica que se produce cuando se dan niveles elevados de glucosa en sangre debido a que el organismo deja de producir o no produce suficiente cantidad de la hormona denominada insulina, o no logra utilizar dicha hormona de modo eficaz. La insulina es una hormona esencial, fabricada en una glándula del organismo denominada páncreas, que transporta la glucosa desde la corriente sanguínea hacia las células del organismo, en donde la glucosa se convierte en energía. La falta de insulina o la incapacidad de las células de responder ante la misma provocan un alto nivel de glucosa en sangre o hiperglucemia, que es la principal característica de la diabetes. La hiperglucemia, de no controlarse, puede provocar daños a largo plazo en varios órganos del cuerpo, que conllevan el desarrollo de complicaciones sanitarias discapacitantes y peligrosas para la supervivencia tales como enfermedades cardiovasculares, neuropatía, nefropatía o enfermedades oculares que acaban en retinopatía y ceguera. Por otra parte, si se logra controlar la diabetes adecuadamente, estas graves complicaciones se pueden retrasar o prevenir.¹

La clasificación y el diagnóstico de la diabetes son complejos y han sido tema de muchas consultas, debates y revisiones a lo largo de muchas décadas, pero hoy día está generalmente aceptado que existen principalmente tres tipos de diabetes: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional (DMG).¹

La diabetes tipo 1 es causada por una reacción autoinmune en la que el sistema inmune del organismo ataca a las células beta, productoras de insulina, que se encuentran en los islotes pancreáticos. Como resultado, el organismo produce poca o ninguna insulina, provocando una deficiencia relativa o absoluta de dicha hormona. Las causas de este proceso destructivo no se entienden plenamente, pero sabemos que los implicados son una combinación de su susceptibilidad genética y unos desencadenantes medioambientales, como infecciones virales, toxinas o algunos factores dietéticos.⁵

La diabetes tipo 2 es la forma más frecuente de diabetes, y representa alrededor del 90% del total de casos de dicha afección.

En la diabetes tipo 2 la hiperglucemia es el resultado de una producción inadecuada de insulina y la incapacidad del organismo de responder plenamente a dicha hormona, que se define como resistencia de insulina. La diabetes tipo 2 se ve normalmente en adultos mayores, pero aparece cada vez con más frecuencia en niños, adolescentes y jóvenes adultos debido al aumento de los niveles de obesidad, a la falta de actividad física y a las deficiencias de la dieta.¹

Para finalizar la sesión se realizará el juego dinámico de lotería para identificar la fisiopatología de la enfermedad de diabetes mellitus. (20 min)

MODULO 3

“CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE ALIMENTACIÓN”

Objetivos

Fundamentar la alimentación en el paciente con diabetes constituye uno de los pilares fundamentales para el control de la enfermedad; una dieta saludable, complementada con el tratamiento farmacológico (antidiabéticos orales y/o insulina dependiendo del tipo de paciente) y hábitos de vida adecuados como el abandono del tabaco o la realización de actividad física, nos ayudan a controlar la glucemia en sangre y prevenir o ralentizar la evolución de las complicaciones asociadas a la diabetes.

Orientación.

Prevenir complicaciones

TIEMPO: 40 minutos.

RECURSOS DIDACTICOS

- Rotafolio de la jarra del buen beber y el plato del buen comer
- Papel pellón
- Imágenes
- Copias de ejemplo de una dieta para diabéticos

ACTIVIDADES

Mantener un peso saludable a través de una dieta saludable y del ejercicio diario tiene un papel importante en el tratamiento de la diabetes, así como en su salud general.

Se les explicará sobre la jarra del buen beber y el plato del buen comer especificándoles la importancia de ellos (20 min)

Así mismo se les dará un ejemplo de una dieta equilibrada para Adulto Mayor con diabetes explicándoles que la dieta ideal del paciente diabético es una dieta saludable, con las mismas recomendaciones generales que para toda la población salvo leves detalles. Siempre debemos tener en cuenta que la composición y calorías de la dieta varían de un individuo a otro; por ello se valorará el peso y talla del paciente, edad y sexo, así como la actividad física que desarrolle a lo largo del día. Así mismo, todos los grupos de alimentos (hidratos de carbono, proteínas y grasas) deben aparecer en una dieta equilibrada, ya que no existe ningún alimento que de manera única pueda suplir todas nuestras necesidades nutricionales.²

Los objetivos de la dieta en la diabetes son:

- ✓ Alcanzar unos niveles de azúcar lo más cercanos a la normalidad, siempre individualizando los objetivos de glucemia a conseguir según las características del paciente.
- ✓ Mantenerse en un peso ideal o lo más cercano a ello.
- ✓ Conseguir unos niveles óptimos de tensión arterial, colesterol y triglicéridos.
- ✓ Prevenir y tratar las complicaciones y la comorbilidad asociada a la diabetes (obesidad, dislipemia, nefropatía...)
- ✓ Adaptándola a las preferencias del paciente y manteniendo el placer de comer.

En conclusión, las recomendaciones generales para una dieta saludable son las siguientes:

- ✓ Repartir la ingesta de alimentos en 4-6 comidas al día, evitando el picoteo.

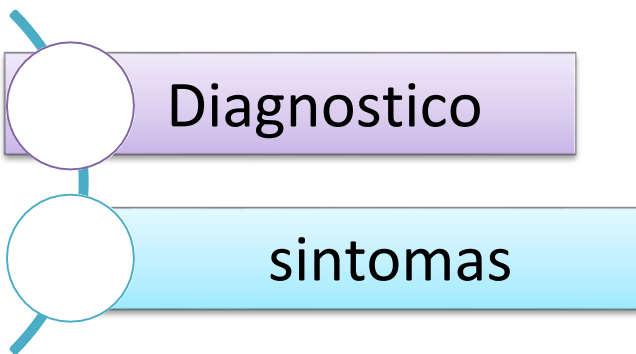
-
- ✓ Eliminar (salvo en hipoglucemias) azúcar, zumos, refrescos, repostería, dulces en general porque elevan de manera brusca el azúcar en sangre, se relacionan de manera directa con aumento del peso y del riesgo cardiovascular, y suelen llevar otros ingredientes no recomendables como grasas trans o conservantes.
 - ✓ Preferible como fuentes de hidratos: verdura, fruta, lácteos y en menor medida, legumbres o cereales como arroz, pan o pasta.
 - ✓ De manera diaria tomar frutas y verduras por su contenido en fibra y vitaminas.
 - ✓ Reducir el consumo de grasas como embutidos, quesos y carne procesada en general.
 - ✓ Más importante que la cantidad de grasas que tomamos es la calidad de las mismas: la principal grasa para cocinar/condimentar debería ser el aceite de oliva.
 - ✓ Moderar el consumo de sal y alcohol (no consumir más de uno o dos vasos de vino).² (20 min)

MODULO 4

“IMPORTANCIA DE SU DIAGNOSTICO Y SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN”

Objetivos

Fundamentar cuales son los síntomas que se tienen al tener diabetes mellitus y como se podría diagnosticar.



TIEMPO: 60 minutos.

- Rotafolio
- Imágenes
- Juego de memorama

ACTIVIDADES

Se realizará una plática apoyándonos de un rotafolio e imágenes, mostrándoles y explicándoles sobre los síntomas y su diagnóstico de la diabetes mellitus. (30 min)

Cuadro Clínico

Los pacientes a veces no presentan manifestaciones clínicas o estas son mínimas durante varios años antes del diagnóstico.

- ❖ Pueden presentar aumento de la frecuencia urinaria (poliuria), sed (polidipsia), hambre (polifagia) y baja de peso inexplicable.

-
- ❖ pueden padecer entumecimiento de las extremidades, dolores (disestesias) de los pies y visión borrosa.
 - ❖ Pueden sufrir infecciones recurrentes o graves.
 - ❖ A veces la enfermedad se manifiesta por pérdida de la conciencia o coma; pero esto es menos frecuente que en la diabetes de tipo 1. ³

DIAGNOSTICO

- ❖ Se establece mediante la presencia de los signos clásicos de hiperglucemia y una prueba sanguínea anormal: una concentración plasmática de glucosa ≥ 7 mmol/L (o 126 mg/dL) o bien $\geq 11,1$ mmol/L (o 200 mg/dL) 2 horas después de beber una solución con 75 g de glucosa.
- ❖ Si no aparecen las manifestaciones clínicas clásicas, el diagnóstico se puede efectuar cuando hay sendas pruebas sanguíneas anormales en dos días diferentes.
- ❖ Aunque no siempre se puede efectuar en los países de pocos recursos, la prueba de la hemoglobina glucosilada (HbA1C) se practica para conocer aproximadamente el control metabólico del azúcar sanguíneo en los 2 o 3 meses precedentes, a fin de orientar las decisiones de tratamiento. Esta prueba se puede usar también para diagnosticar la diabetes de tipo 2.
- ❖ En algunos pacientes asintomáticos el diagnóstico se establece mediante el «tamizaje oportunista» de grupos de riesgo elevado; es decir, en una visita ordinaria al médico, este puede reconocer que el paciente tiene un riesgo elevado de contraer la diabetes y recomendar que se le haga una prueba de tamizaje.
- ❖ Por ejemplo, tener 45 años o más de edad, presentar un índice de masa corporal de >25 kg/m², pertenecer a determinado grupo étnico o la presencia de hipertensión arterial pueden llevar a recomendar la prueba de tamizaje; A veces, es el propio individuo quien solicita la prueba.⁷ (20min)

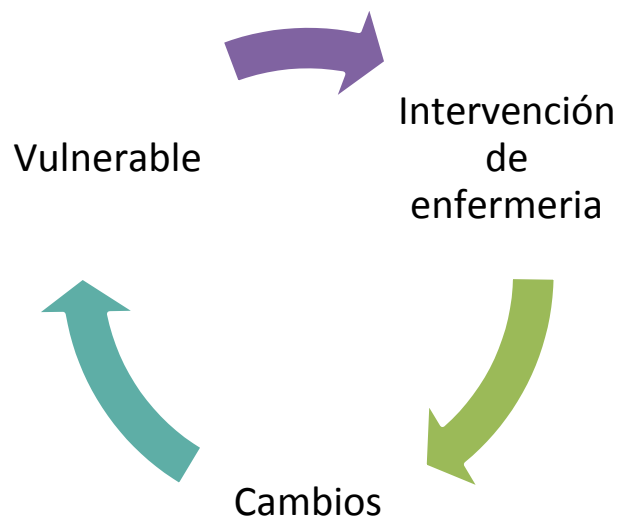
Para finalizar se formarán equipos para jugar memorama e identifiquen cuales son los síntomas asociados a la diabetes mellitus poniendo en trabajar su nivel cognoscitivo logrando que recuerden así los síntomas por medio de imágenes.³(10min)

MODULO 5

“CAMBIOS EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS”

Objetivos

Se explicará y se darán ejemplos de los cambios que ocasiona el tener diabetes mellitus diagnosticada.



TIEMPO: 40 minutos.

RECURSOS DIDACTICOS

Rotafolio

ACTIVIDAD

Se hablará de los diferentes cambios que hay en el adulto mayor con diabetes mellitus exponiéndolo con un rotafolio, así mismo por medio de un mapa mental para hacerlo más explicativo. (20 min)

Diabetes mellitus tipo 2 (DM), es conocida desde la antigüedad como una enfermedad caracterizada por elevación de los niveles plasmáticos de glucosa, sin embargo, hoy se sabe que se trata de un proceso complejo que incluye alteración del metabolismo de los lípidos y de las proteínas con daño vascular generalizado; además en el anciano, la alteración de la glucorregulación, promueve envejecimiento acelerado, pérdida de la función, degeneración vascular y nerviosa. El adulto mayor vulnerable es aquel con alto riesgo de perder su autonomía funcional y por ende su independencia. Se caracteriza por la presencia de 2 o más síndromes geriátricos, así como alguna de las siguientes: alteración cognoscitiva, múltiples patologías, estrato socioeconómico bajo, residente de asilo y aquel con pobre apoyo social o aislamiento. La fragilidad es una condición de vulnerabilidad en la cual cualquier factor de estrés físico o psicológico es capaz de causar deterioro en el estado funcional y desenlaces adversos. Los adultos mayores diabéticos tienen mayor riesgo de desarrollar síndrome de fragilidad, incluso a una edad más temprana.⁴

Se debe tomar en cuenta que, en el adulto mayor, la presencia de varios de los síntomas de hiperglucemia (polidipsia, polifagia, poliuria), no suelen presentarse de la misma forma que en el adulto joven. Los síntomas de la diabetes en los adultos mayores son inespecíficos y de aparición tardía, entre los cuales se han documentado: fatiga o somnolencia, letargia, deterioro cognoscitivo, pérdida de peso, incontinencia urinaria, pérdidas del plano de sustentación, síntomas genitourinarios y alteraciones del estado conciencia.⁵

Al finalizar la exposición del rotafolio pediremos a los adultos que en grupos de 5 pasen a participar en la actividad del memorama el cual serán imágenes visibles en el cual representaran los cambios físicos que se tienen. Ellos podrán identificar y explicar dichos cambios. (20 min)

MODULO 6

“TRATAMIENTO PARA DIABETES MELLITUS”

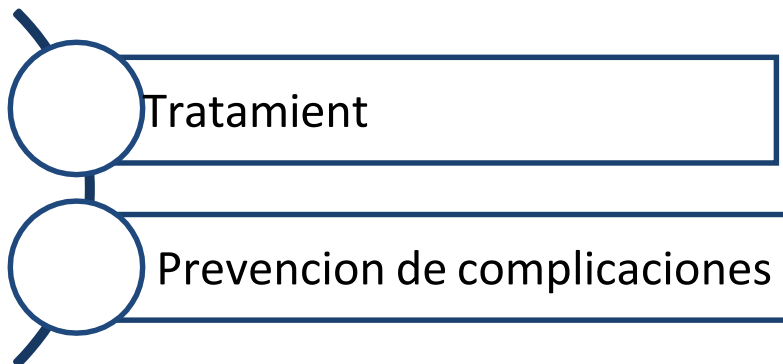
Objetivos

Fundamentar cuales son los tratamientos para el control de la diabetes mellitus y prevenir complicaciones en los adultos mayores.

Tiempo: 30 minutos

Recursos Didácticos:

- Marcadores
- Papel Bond



ACTIVIDAD

Se les hablara sobre los tipos de tratamientos que pueden tener para un control adecuado de su enfermedad se le expondrá a base de un rotafolio. (30min)

Mantener un peso saludable a través de una dieta saludable y del ejercicio diario tiene un papel importante en el tratamiento de la diabetes, así como en su salud general.

Se les explicará sobre la jarra del buen beber y el plato del buen comer especificándoles la importancia de ellos, así mismo se les dará un ejemplo de una dieta equilibrada para Adulto Mayor con diabetes. (10 min)

Tratamiento no farmacológico: Los adultos mayores con diabetes pueden tener distintos niveles de deterioro nutricional que influye y modifica el impacto en otras comorbilidades. Por lo que 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.⁶

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. Disminuye la glucogenólisis en ayuno y la neoglucogénesis. Es útil en pacientes diabéticos obesos con hiperglucemia de ayuno y puede disminuir la HbA1c de 1 a 2%. Se ha asociado a reducción de mortalidad (comparada con sulfonilureas e insulina).

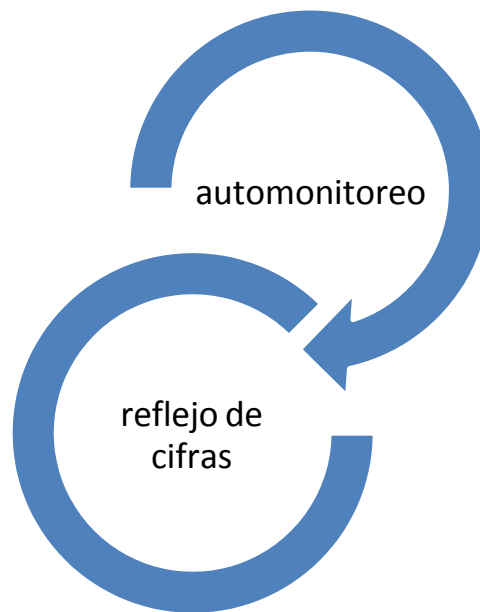
Tratamiento con insulina: La insulina es el medicamento más eficaz para disminuir la glucemia. Cuando se emplea en dosis adecuadas, puede disminuir los niveles de HbA1c hasta conseguir las metas deseadas. No existe dosis máxima para tratamiento complementario: El tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor diabético debe ser iniciado ante la presencia de cifras de TA >140/80 mmHg persistentes durante al menos 3 meses y medidas en por lo menos 3 ocasiones.⁷

MODULO 7

“MI AUTOMONITOREO”

Objetivos

- Fomentar su conocimiento sobre el automonitoreo para tener una meta de las cifras de glucosa en su sangre.



Recursos Didácticos:

Glucómetro

-lancetas

-torundas

-hoja de registro

TIEMPO: 30 minutos

ACTIVIDAD

Se hablará sobre la importancia del Conocimiento sobre su glucosa en la sangre proponiéndoles metas y un automonitoreo con la finalidad que cada semana se chequen su glucosa y la anoten y así ellos vallan haciendo conciencia de su glucosa en la sangre y que cuiden más su alimentación así mismo explicándoles cómo se deben hacer su automonitoreo y explicándoles la interpretación de resultados.⁷ (30 min)

- Permite ver qué efecto tiene la cantidad y el tipo de alimento que se eligió para comer en la glucosa sanguínea.
- Ayuda a analizar y valorar el resultado que brinda el ejercicio sobre la glucemia (valor de azúcar en sangre).
- Contribuye a determinar el patrón de cómo se comporta la glucemia de manera individual (recordemos que cada persona es única).
- Le permite al médico tomar decisiones referentes a todo lo que tiene que ver con el tratamiento (medicamentos, ejercicio).
- Ayuda a prevenir, detectar y tratar a tiempo hipoglucemia e hiperglucemia.
- Contribuye a llevar el control y evitar complicaciones.⁸

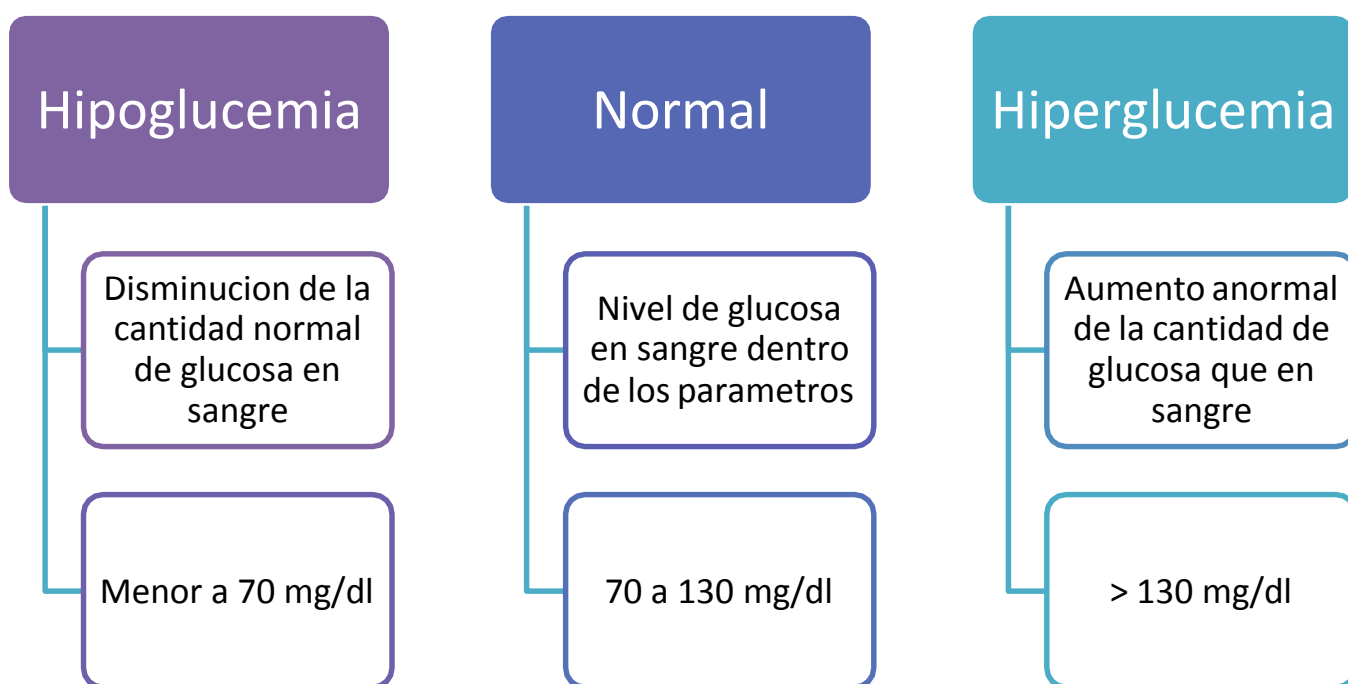
¿Cómo se hace?

1. Material necesario

- Glucómetro
- Tiras reactivas correspondientes al glucómetro que se tiene disponible
- Lancetas
- Pluma para puncionar (opcional) este elemento si bien viene cuando se realiza la compra del medidor de glucosa, puede ser utilizado o no según la preferencia de cada persona.
- Es importante lavarse y secarse bien las manos para que el resultado no arroje errores.
- Siempre es conveniente leer el manual del fabricante para que pueda ver las particularidades que presenta su glucómetro o cuáles son los errores más comunes que pueden aparecer en el visor.

-
2. Se punciona el dedo en la parte lateral.
 3. Al obtener la gota de sangre, se deposita en la tira reactiva.
 4. Posteriormente se lee el resultado.⁸

LECTURA DE RESULTADOS



MODULO 8

IDENTIFICACIÓN DEL PIE DE RIESGO Y VALORACIÓN

Objetivos

- Identificar los daños en el pie y las complicaciones que se pueden generar al no tener un buen cuidado.



Tiempo: 50 minutos

Recursos Didácticos:

- Rotafolio
- Imágenes

ACTIVIDADES

Se expondrá un rotafolio con los cambios que ocasiona la diabetes mellitus principalmente en el pie por una falta de cuidado e higiene dándoles algunas recomendaciones, así como señales de alarma. (20 min)

Recomendaciones

- Secar bien los pies, sobre todo entre los dedos.
- Poner crema humectante hasta la rodilla y en la planta y parte anterior del pie (evitar la crema entre los dedos).
- Revisar la planta de los pies con un espejo de aumento, para ver si aparecen enrojecimientos.
- Evitar usar agua muy caliente.
- Usar jabón neutro.
- No usar herramientas de podología o muy agresivas, ya que se puede producir una lesión.
- Si se puede ir al podólogo especializado para el corte de las uñas mucho mejor, si no, cortarlas de manera recta.
- Utilizar una lima al agua para los bordes de las uñas.
- Si se observa cualquier anomalía, hablar con el médico.

Uso de calzado

1. Calzado amplio, para evitar presionar los pies.
2. Flexible, sin costuras, de buena calidad, no áspero ni duro.
3. Que cubra dedos y talones.
4. Suela no resbalosa.
5. Talón reforzado.

Señales de alarma

Enrojecimiento, hinchazón o aumento del calor.

Ampollas.

Deformidad funcional del pie.

Es de gran importancia observar los cambios en la piel. La exploración debe valorar principalmente la neuropatía y vasculopatía periférica, las deformidades del pie y las lesiones menores y úlceras de los miembros inferiores. Debe revisarse el calzado a fin de garantizar que es el adecuado y que se adapta bien al pie. Evaluar los síntomas y signos de alarma.⁹

Así mismo se les mostrara imágenes dándoles ejemplos de un pie sano y un pie diabético no cuidado. (20 min)

El pie diabético incluye una serie de síndromes causados por alteraciones de los vasos sanguíneos y los nervios, que pueden dar lugar a la aparición de lesiones o úlceras inducidas por traumatismos menores, que pasan inadvertidos.⁸

MODULO 9

“COMPLICACIONES EN LAS VÍAS URINARIAS”

OBJETIVO:

- Informar al paciente porque tienen una mayor propensión a presentar infecciones en vías urinarias y cuáles son las complicaciones más graves



TIEMPO: 50 minutos

RECURSO DIDACTICO:

- Rotafolio
- Imágenes del sistema urinario en tamaño carta

ACTIVIDAD

Se les hablara primero sobre la estructura y anatomía del sistema urinario a través de imágenes impresas en tamaño carta para mejor visualización. (20 min)

Se les expondrá en rotafolio sobre sus causas de las infecciones urinarias, así como su incidencia. (30 min)

Se estima que las mujeres con diabetes tienen tres o cuatro veces más riesgo de bacteriuria asintomática. La incidencia es aún mayor en pacientes diabéticos con enfermedad avanzada o grave, determinada por existencia de complicaciones, niveles elevados de hemoglobina glucosilada, en mujeres tratadas con insulina y en aquellas con una duración de la DM superior a 10 años. Las complicaciones graves de la ITU (como cistitis y pielonefritis enfisematosa, abscesos renales y necrosis papilar renal) son más frecuentes en los pacientes con DM tipo 2 que en la población general.¹⁰

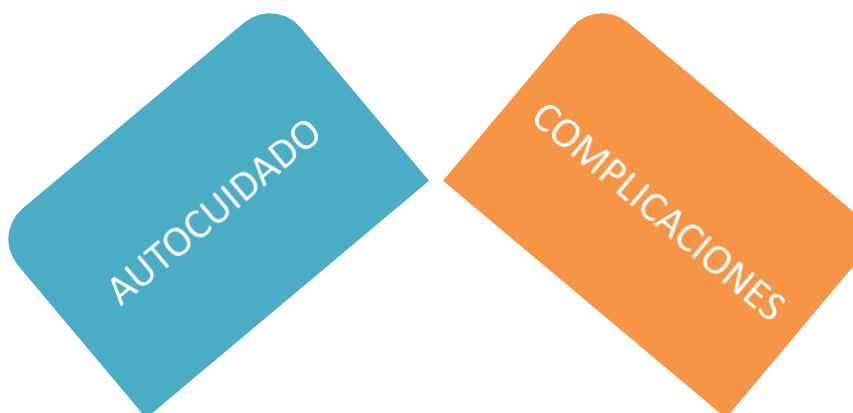
Existe infección de las vías urinarias por la presencia de bacterias en cualquier parte del Sistema renal, asociada a síntomas urinarios. Se clasifica según localización en sepsis urinaria baja que se presenta como infección uretral denominada uretritis o uretro-vesical, cistitis y en sepsis urinaria alta, que ocurre cuando la infección alcanza los riñones denominada Pielonefritis, que puede originar daños irreversibles.¹⁰

MODULO 10

“HIPERTENSIÓN COMO COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS”

OBJETIVO:

Demostrar al Adulto Mayor las complicaciones que la enfermedad contrae si no existe un autocuidado correcto.



TIEMPO: 25 minutos

RECURSOS DIDACTICOS:

- Rotafolio

ACTIVIDAD

ACTIVIDAD

Se les expondrá en un rotafolio sobre el concepto, así como sus factores de riesgo y como poder prevenirla la hipertensión como una complicación más de la patología de diabetes mellitus. (25 min)

¿Qué es la hipertensión arterial?

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede

dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. ¹¹

La HTA y la diabetes constituyen dos problemas de salud pública frecuentes, la asociación entre hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) aumenta las complicaciones cardiovasculares como infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, y metabólicas como el síndrome metabólico, el cual se asocia con resistencia a la insulina y mayor riesgo de enfermedad coronaria, y se caracteriza por hiperglicemia, sedentarismo, obesidad, dislipoproteinemia, hipertensión arterial, hipercoagulabilidad y microalbuminuria. La hipertensión arterial es una enfermedad frecuente, asintomática, fácil de detectar, casi siempre sencilla de tratar y que con frecuencia tiene complicaciones mortales si no recibe tratamiento, y con su desarrollo y mal pronóstico se han relacionado una serie de factores ambientales como el consumo de sal, la obesidad, la profesión, el consumo de alcohol, el tamaño de la familia y el hacinamiento; entre los factores que indican mal pronóstico se encuentra: raza negra, edad joven, sexo masculino, presión diastólica persistente >115 mm de Hg, tabaquismo, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, obesidad, consumo excesivo de alcohol, lesiones en órganos diana(corazón, riñón, ojos y sistema nervioso)¹²

Es por ello que es importante tener conocimiento de las complicaciones y de lo que estas pueden provocar en nuestro organismo, así mismo también es necesario saber y conocer los factores de riesgo que pueden provocar la hipertensión.

Factores de riesgo:

- Raza negra
- Edad joven
- Sexo masculino
- Presión diastólica persistente >115 mm de Hg
- Tabaquismo
- Diabetes mellitus,
- Hipercolesterolemia,
- Obesidad

-
- Consumo excesivo de alcohol
 - Lesiones en órganos diana (corazón, riñón, ojos y sistema nervioso)

¿Cómo prevenirla?

Todos los adultos deberían medirse su tensión arterial periódicamente, ya que es importante conocer los valores. Si esta es elevada, han de consultar a un profesional sanitario.

A algunas personas les basta con modificar su modo de vida para controlar la tensión arterial, como abandonar el consumo de tabaco, adoptar una dieta saludable, hacer ejercicio con asiduidad y evitar el uso nocivo del alcohol. La reducción de la ingesta de sal también puede ayudar. A otras personas, estos cambios les resultan insuficientes y necesitan tomar medicamentos con prescripción médica.¹¹

Los adultos pueden contribuir al tratamiento tomando la medicación prescrita, cambiando su modo de vida y vigilando su salud.

Las personas con hipertensión que también tienen un alto nivel de azúcar en sangre, hipercolesterolemia o insuficiencia renal corren un riesgo incluso mayor de sufrir un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular. Por tanto, es importante hacerse revisiones periódicas de la cantidad de azúcar y de colesterol en sangre y del nivel de albúmina en la orina.

Todos podemos adoptar cinco medidas para minimizar las probabilidades de padecer hipertensión y sus consecuencias adversas.

1. Dieta saludable:

- promover un modo de vida saludable, haciendo hincapié en una nutrición adecuada de niños y jóvenes;
- reducir la ingesta de sal a menos de 5 g al día (algo menos de una cucharilla de café al día);
- comer cinco porciones de fruta y verdura al día;
- reducir la ingesta total de grasas, en especial las saturadas.

2. Evitar el uso nocivo del alcohol, esto es, limitar su ingesta a no más de una bebida estándar al día.

3. Actividad física:

-
- realizar actividad física de forma regular y promover la actividad física entre los niños y los jóvenes (al menos 30 minutos al día).
 - mantener un peso normal: cada pérdida de 5 kg de exceso de peso puede reducir la tensión arterial sistólica entre 2 y 10 puntos.
4. Abandonar el consumo de tabaco y la exposición a los productos de tabaco.
 5. Gestionar el estrés de una forma saludable, por ejemplo, mediante meditación, ejercicio físico adecuado y relaciones sociales positivas.¹²