



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

**“NIVEL DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 POSTERIOR A
APOYO EDUCATIVO DEL CENTRO DE SALUD DE TETEPANGO,
HGO”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

PRESENTA:

PLESS. ELVIA ÑONTHE BAXCAJAY

DIRECTOR DE TESIS:

D.C.E. BENJAMÍN LÓPEZ NOLASCO

CO-DIRECTORAS:

DRA. EDITH ARACELI CANO ESTRADA

M.C.E. ARIANA MAYA SÁNCHEZ

TLAHUELILPAN HIDALGO; ENERO DEL 2019



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



“NIVEL DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 POSTERIOR A APOYO EDUCATIVO DEL
CENTRO DE SALUD DE TETEPANGO, HGO.”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

PLESS. ELVIA ÑONTHE BAXCAJAY

DIRECTOR DE TESIS:

D.C.E. BENJAMÍN LÓPEZ NOLASCO

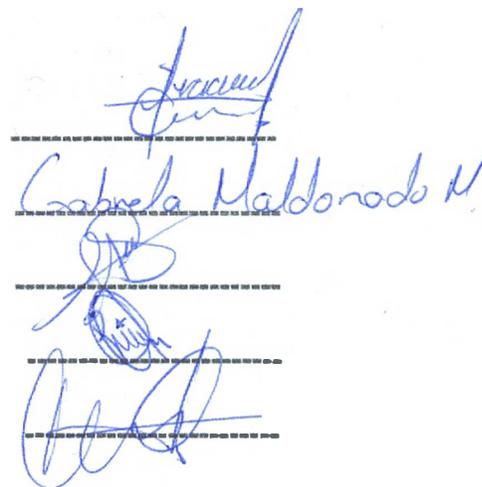
CO-DIRECTORAS DE TESIS:

DRA. EDITH ARACELI CANO ESTRADA

M.C.E. ARIANA MAYA SÁNCHEZ

SINODALES:

PRESIDENTE	DRA. EDITH ARACELI CANO ESTRADA
1° VOCAL	D.E. GABRIELA MALDONADO MUÑÍZ
2° VOCAL	M.C.E. ARIANA MAYA SÁNCHEZ
3° VOCAL	D.C.E. BENJAMÍN LÓPEZ NOLASCO
SECRETARIO	M.C.E. CLAUDIA ATALA TREJO GARCÍA



Handwritten signatures of the sinodales members, including the President, three vocal members, and the secretary, each followed by a dashed line.

TLAHUELILPAN HIDALGO; ENERO DEL 2019

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo con todo mi amor y cariño a mi hijo por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis padres que aunque esté lejos de ellos, siempre los llevo en mi corazón, por sus palabras, consejos, valores, por motivarme a seguir adelante. Gracias por su paciencia y su apoyo.

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y 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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por siempre brindarme aprendizajes y experiencias.

A mis asesores de Tesis, Dr. Benjamín López Nolasco, Dra. Edith Araceli Cano Estrada, M.C.E. Ariana Maya Sánchez, por compartir su tiempo, sus conocimientos, su paciencia y empeño en el desarrollo de este trabajo.

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar.

A mis amigas por confiar y creer en mí y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidaré.

Catedráticos, les agradezco por todo el apoyo brindado a lo largo de la carrera, por su tiempo, amistad y por los conocimientos que me transmitieron.

A mis compañeros de universidad por darme ánimos cuando más lo necesite.

A todos muchas gracias.

INDICE GENERAL

I..	INTRODUCCIÓN	1
II.	JUSTIFICACIÓN	03
III	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	06
IV.	MARCO TEÓRICO	09
V.	HIPÓTESIS	19
VI.	OBJETIVOS	20
VII.	METODOLOGÍA	21
7.1	TIPO DE ESTUDIO	21
7.2	DISEÑO METODOLÓGICO	21
7.3	LÍMITES DE TIEMPO Y ESPACIO	21
7.4	UNIVERSO	21
7.5	MUESTRA	21
7.6	VARIABLES	22
7.7	INSTRUMENTO	23
7.8	PROCEDIMIENTOS	25
7.9	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	26
7.10	DIFUSIÓN	26
7.11	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	26
VIII.	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	27
IX	RESULTADOS	32
X.	DISCUSIÓN	35
XI.	CONCLUSIONES	36
XII.	RECOMENDACIONES	37
XIII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
XIV.	ANEXOS Y APÉNDICES	40

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Variables Sociodemográficas de la Población en Estudio.....	41
Tabla N° 2 es Evaluadas en la Población de Estudio Pre y Post Intervención	42
Tabla N° 3 Recursos Financieros.....	65
Tabla N° 4 Planeación de Programa de Intervención.....	72
Tabla N° 5 Intervención Presentación.....	78
Tabla N° 6 Intervención Actividad Física.....	80
Tabla N° 7 Intervención Alimentación Saludable.....	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Relación déficit de relación actual o prevista.....	16
--	-----------

RESUMEN

Introducción: El autocuidado se convierte en un aspecto inherente a la vida del ser humano y mucho más en aquellas personas que padecen enfermedades crónicas como la diabetes, cuyas actividades de cuidado son decisivas en el mejoramiento de la salud. La Diabetes Mellitus como enfermedad crónica ha tenido un importante impacto socio-sanitario por su alta frecuencia, las complicaciones que ocasiona y su elevada mortalidad. **Objetivo:** Analizar el nivel de autocuidado y calidad de vida de los ancianos con diabetes mellitus tipo 2 luego de pláticas educativas en el Centro de Salud de Tetepango, Hgo. **Metodología:** La presente investigación es de enfoque cuantitativa ya que se generara una información numérica con un instrumento para medir el autocuidado. Es longitudinal prospectivo por que la recolección se llevara a cabo en dos momentos, uno inicial y otro posterior a la intervención. Es Correlacional ya que se correlacionaran las variables de apoyo educativo y nivel de autocuidado. **Resultados:** la mayoría resulto con conocimiento deficiente y posterior a las pláticas se obtuvo mayor conocimientos sobre calidad de vida. Según algunas variables sociodemográficas predominó el sexo femenino, y predominando los enfermos con más de 5 años de evolución. **Discusión:** El porcentaje del nivel de conocimiento del autocuidado del adulto mayor de este estudio, difieren a lo encontrado en la investigación desarrollada por Baca, M y Aguilar, L. Sobre “Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado en la ciudad de México”, 2008, en la cual concluyo que el Nivel de conocimiento de autocuidado fue insuficiente en un 79.0%²¹. Lo que en los resultados se obtiene también que los adultos mayores puestos en estudio presentaron una percepción de autocuidado parcialmente adecuado. **Conclusión:** el estudio realizado en el Centro de Salud de Tetepango Hgo. Se logró percibir que si un adulto mayor presenta baja calidad de vida se encuentra también con déficit de autocuidado.

Palabras clave: Diabetes mellitus, Nivel de autocuidado, Calidad de vida.

SUMMARY

Introduction: Self-care becomes an inherent aspect of human life and much more in those who suffer from chronic diseases such as diabetes, whose care activities are decisive in the improvement of health. Diabetes Mellitus as a chronic disease has had an important socio-sanitary impact due to its high frequency, the complications it causes and its high mortality. **Objective:** To analyze the level of self-care and quality of life of the elderly with diabetes mellitus type 2 after educational talks at the Tetepango Health Center, Hgo. **Methodology:** The present investigation is of a quantitative approach since a numerical information will be generated with an instrument to measure self-care. It is prospective longitudinal because the collection will be carried out in two moments, one initial and one after the intervention. It is Correlational **Results:** the majority resulted with poor knowledge and after the talks; greater knowledge about quality of life was obtained. According to some sociodemographic variables, predominance of the female sex, and predominantly patients with more than 5 years of evolution. **Discussion:** The percentage of the level of knowledge of the self-care of the older adult of this study, differ from that found in the research developed by Baca, M and Aguilar, L. on "Level of knowledge of the diabetic about self-care in Mexico City", 2008 , in which I conclude that the self-care knowledge level was insufficient in 79.0% 21. What is also obtained in the results is that the older adults under study had a partially adequate perception of self-care. **Conclusion:** the study carried out in the Health Center of Tetepango Hgo. It was possible to perceive that if an older adult has a low quality of life, he or she also has a self-care deficit.

Key words: Diabetes mellitus, Self-care level, Quality of life

I. INTRODUCCION

El autocuidado se convierte en un aspecto inherente a la vida del ser humano y mucho más en aquellas personas que padecen enfermedades crónicas como la diabetes, cuyas actividades de cuidado son decisivas en el mejoramiento de la salud. La Diabetes Mellitus como enfermedad crónica ha tenido un importante impacto socio-sanitario por su alta frecuencia, las complicaciones que ocasiona y su elevada mortalidad. A nivel mundial, la diabetes se encuentra entre las diez principales causas de discapacidad y afecta la productividad y el desarrollo humano; se prevé que el número de personas con diabetes para el 2030 aumentará hasta alcanzar 552 millones si no se emprenden acciones de control.¹

Uno de los cambios demográficos más significativos de las últimas décadas es el incremento en la proporción de adultos mayores respecto a la población general, relacionado con el aumento en la expectativa de vida y el descenso en la tasa de natalidad.

Por lo tanto, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención. Mientras la población general crece un 1.7% anual, la población de adultos mayores crece un 2.5%. El Consejo Nacional de la Población (CONAPO) informa que para el año 2010 habían 17 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 18 en 2013, y para el año 2030 se estima que habrán casi 38 adultos mayores por cada 100 jóvenes, situación que al compararse con el nacional ubica a Querétaro en el lugar 27 en el proceso de envejecimiento poblacional del país.²

Los adultos mayores en este periodo experimentan numerosos cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar e influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento, favorecen la pérdida de la autonomía que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en impacto familiar y social. La pérdida constante de capacidades (principalmente relacionadas con el aspecto físico) ha dado lugar a estereotipos respecto al envejecimiento en la cultura occidental, por lo que las personas

experimentan cierto temor frente a la llegada de esta etapa que puede llevar incluso al aislamiento social.

Se ha observado que los adultos mayores tienen diferentes niveles de deterioro, fundamentalmente ocasionados por las diferencias en la dieta, en el ejercicio diario y las maneras de afrontar los problemas y solucionarlos.

Cada adulto mayor vive cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera su calidad de vida y su percepción de ella. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida está vinculada a la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones.

La investigación actual se centra en la medición del autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus. Para su evaluación se seleccionaron instrumentos validados y con grado de confiabilidad en la medición de las respectivas variables (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor y el Cuestionario DIABETES 39 para calidad de vida).

La necesidad de desarrollar actividades de enseñanza o prácticas educativas de la salud dirigidas al paciente diabético y su familia, está relacionada a la prevención de complicaciones a través del auto manejo de la enfermedad, el que posibilita al paciente convivir mejor con ella.

Así, el objetivo de este estudio fue implementar estrategias de autocuidado para prevenir complicaciones agudas y crónicas, y de esta manera mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

II. JUSTIFICACION

El incremento del número de adultos en la población general, es consecuencia de su morbilidad, mortalidad y la tasa de natalidad debido a avances médicos, tecnológicos y socioeconómicos. En la actualidad la población de personas mayores de sesenta años en las regiones en desarrollo, es del 7% y para el 2025 se estima que será del 12%³. En México se estima esta población en 7.3% y a Jalisco le corresponde el 7.6% según cifras del INEGI.⁴ Existe a nivel mundial 135 millones de diabéticos y se espera que esta cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años, según estimaciones de la OMS. Este aumento será del 40% en los países desarrollados y del 70% en los países en vías de desarrollo. Para México se estima que alcanzará los 11.7 millones.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2010, en México la prevalencia general fue de 7.5% en la población mayor de 20 años, y ocupó el décimo segundo lugar como causa de enfermedad en el país, con 287,180 casos nuevos.⁵ Las recomendaciones de los últimos años de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) resaltan, entre los objetivos principales, la educación temprana del enfermo y su familia mediante el cumplimiento de un programa estandarizado, además de establecer estrictos criterios de control glucémico basados en las cifras de hemoglobina glucosilada, en los valores deseables del control de la presión arterial, del perfil lipídico y el cese del tabaquismo.

La diabetes mellitus, el tipo más común, es la primera causa de mortalidad general en México, aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares. También es la principal causa de insuficiencia renal aguda y crónica, ceguera y amputación no traumática en extremidades. Todo lo anterior, es resultado del mal control glucémico de los pacientes.⁶

De acuerdo con diversos organismos internacionales, entre los que destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sociedad actual vive a la sombra de lo que se ha llamado “la carga mundial de la diabetes”. Diferentes estudios de prevalencia en todo el mundo prevén que para el año 2030 el número de personas con diabetes podría ser de 366 millones.

En México, la diabetes ocupa el primer lugar entre las principales causas de mortalidad y muestra un incremento de alrededor de 60 mil muertes y 400 mil casos nuevos al año.

Los factores de riesgo que inciden en la distribución y frecuencia de la diabetes y sus complicaciones son bien conocidos; a pesar de que México cuenta con un programa de acción de prevención y control, aún existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz de este padecimiento.⁷

Calidad de vida

La educación para el autocuidado de la diabetes es un elemento crítico dentro de la atención a las personas con diabetes y aquellos sujetos con riesgo a desarrollar la enfermedad, es necesario con el fin de prevenir o retrasar las complicaciones de la diabetes y tiene elementos relacionados con cambios en el estilo de vida, que también son esenciales para las personas con prediabetes, como parte de los esfuerzos para prevenir la enfermedad.⁸

Dado que el autocuidado ha demostrado mejorar el control glucémico, conocer el nivel de conocimiento que el paciente diabético tiene sobre autocuidado, ayudara a diseñar estrategias para reforzarlo y en consecuencia mejorar el control glucémico de los pacientes y retrasar o evitar la aparición de las complicaciones de la enfermedad.

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

Teórica Dorothea E. Orem

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado lo define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las

personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

En un estudio de Luis Felipe López Cortes, Marcela Cifuentes Ortiz, Adriana Sánchez Ruiz en su artículo “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” 2013, refieren que: La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica, degenerativa, considerada por la OMS una enfermedad crónica no trasmisible de interés en salud pública, que genera un gran impacto para el sistema de salud, debido a la demanda de servicios y a su alta repercusión en la calidad de vida de quien la presenta; por ello, esta investigación permitió determinar dicha calidad de vida en pacientes con DM2, así como el nivel de autocuidado.

Por otro lado en la investigación de Yudit Hernández Esterlín, y cols. En su artículo de investigación “Caracterización clínica- epidemiológica de la diabetes mellitus en el adulto mayor” (2015) menciona que: Desde finales del año 1960 la Diabetes Mellitus (DM), se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en Cuba. La mortalidad en personas con Diabetes se incrementa a partir de los 45 años y alcanzan las tasas superiores en aquellas con más de 60 años, en relación directa con el envejecimiento de la población y el mayor tiempo de exposición a los factores de riesgo relacionados con la enfermedad.¹⁰

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus está presente en todo el mundo con prevalencia en países en desarrollo, la falta de actividad física, una alimentación inadecuada permite la prevalencia y permanencia de esta enfermedad en las poblaciones.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), es el tipo de diabetes más común a nivel mundial con un 90% de los casos, esta enfermedad crónica aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia que con el tiempo daña gravemente importantes órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2012).¹¹

El plan mundial contra la diabetes está establecido por la International Diabetes Federation (IDF), hace énfasis en la preocupación de la alta mortalidad mundial la cual es de 4.6 millones, además de encontrarse entre las 10 principales causas de discapacidad en el mundo. De no emprenderse ninguna acción se estima que el número de diabéticos aumentara de 360 millones en el 2011 a 522 millones en el 2030.¹²

La Dirección General de Epidemiología (DGE, 2012) informa que en México, se cuenta con 10.6 millones de diabéticos, con una prevalencia de 8 de cada 100 personas mayores de 20 años, que incrementa con la edad, calculándose que posterior a los 50 años son 20 de cada 100.¹³

Así mismo cifras de (Mexico, 2016) De acuerdo con la Secretaria de Salud en Hidalgo (SSA, 2015) en la entidad se registran 9 mil 398 casos nuevos con diabetes mellitus tipo 2. Este padecimiento es la segunda causa de mortalidad en el estado.¹⁴

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) a través de la Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica (NOM-017-SSA2) establece que los padecimientos y eventos especiales son aquellos para los que se cuenta con un subsistema especial de vigilancia epidemiológica por su alta prioridad, señala dentro del grupo de padecimientos no transmisibles a la DM2. ^{15, 16}

Sin embargo, cuando se hace la corrección por causas específicas de muerte, se estima que en realidad la DM2 ocupa los primeros lugares en virtud de que las defunciones obedecen en primer término a complicaciones de la misma. Así mismo, existe un alto registro de ingresos por descompensación debido a las diversas complicaciones graves como insuficiencia renal crónica, pie diabético, entre otros, incrementando de esta manera la demanda hospitalaria y el costo-beneficio del tratamiento.

Para asegurar un impacto positivo de la educación (Cabrera, 2001) hace manifiesto que es necesaria una intervención temprana desde el momento en el que el paciente diabético sabe su diagnóstico; no requiere de altas inversiones solo de actitud de colaboración, capacitación y experiencia adecuada a quienes lo ejercen. Por el contrario, su implementación a través de un proceso de reflexión, acción, implica más que la propia acción de tomar medicamentos, es involucrar y responsabilizar al paciente diabético en el control de su enfermedad.

La diabetes responde al prototipo de enfermedad crónica de alta prevalencia que precisa cuidados sanitarios continuos, accesibles, integrales, de calidad, eficaces y a un costo razonable durante toda la vida del individuo. Así mismo resulta imprescindible la participación activa del propio diabético en su autocuidado, para lo que son fundamentales los componentes educativos en la atención.

Para llevar a cabo la práctica de autocuidado es necesario contar con algunas capacidades que le permitan realizar acciones para lograr su bienestar y la salud del adulto mayor según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) define Autocuidado como: “la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sanidad, el cual le permite de una manera dinámica, desarrollar de manera independiente sus actividades de la vida diaria.”¹⁷

Al respecto el personal de enfermería tendrá que intervenir en la búsqueda de estrategias educativas que incrementen las capacidades de autocuidado necesarias para que la persona diabética conozca todo acerca de su enfermedad y adquiera habilidades para saber qué hacer, mediante cambios de conducta del paciente que coincida con llevar un control de su tratamiento, en cuanto a tomar sus

medicamentos, seguir una dieta y ejercicio prescrito, transformando de esta manera su estilo de vida, como un elemento importante de éxito para mantenimiento de sus funciones y calidad de vida.

Ante esta problemática de salud pública el profesional de enfermería busca alternativas que orienten las acciones a medidas para promover la educación para la salud del paciente diabético, con el objetivo de lograr que este sea su propia agencia de cuidado; por ello se decide formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 posterior a apoyo educativo del Centro de Salud de Tetepango, Hgo?

IV. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

AUTOCUIDADO

Medir salud en el paciente anciano resulta complejo, pues es medir la resultante de diversas variables de carácter biológico, psicológico y social, es por eso que la salud del anciano debe medirse en correspondencia con su funcionabilidad.

Hace ya largo tiempo quienes se ocupan de los crecientes problemas de los ancianos y enfermos crónicos han advertido la necesidad de disponer de mejores métodos para medir la capacidad funcional de esas personas. Sin embargo, teniendo en cuenta que la mayoría de las personas mayores son un grupo heterogéneo, que incluye desde personas con buen estado de salud, hasta personas enfermas, pero con autonomía funcional, los instrumentos que evalúan funcionabilidad se ven limitados a detectar las personas que realmente tienen algún grado de dependencia (que pueden y que no pueden hacer), pero no miden como hacen lo que hacen, o lo que es lo mismo; la capacidad y percepción de autocuidado.

En 1982, la OMS definió el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el auto tratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud. (OMS) 2008.

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem, define el autocuidado como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de enfermedades crónicas son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular, la

reducción del consumo de alcohol y sal, la ingesta adecuada de potasio y una alimentación idónea. (Orem 1994)

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Es un complejo concepto cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. No obstante, hay acuerdo en cuanto a la necesidad de abordarla desde una dimensión subjetiva, es decir, lo que la persona valora sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia.¹⁸

Según la OMS, la calidad de vida es: "La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

ADULTO MAYOR

El envejecimiento poblacional no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema, si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan.

Aproximadamente el 95% de la población mayor de 60 años viven en el medio comunitario y el 90% de las personas entre 75 y 84 años mantienen un alto grado de independencia para tareas de autocuidado. Por tanto en el ámbito comunitario es donde se lleva a cabo la mayor parte del cuidado a los adultos mayores.¹⁹

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto presenta alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, de las proteínas y grasas, y una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina con grados variables de resistencia a ésta. Entre 85 y 90% de los pacientes con DM son diabéticos tipo 2. El tratamiento intensivo y adecuado se relaciona con el retardo en la aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad, por lo que parece razonable recomendar un control estricto de su tratamiento.

Se define apego al tratamiento como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida. El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento. Existen diversas técnicas para medir el apego al tratamiento farmacológico, como la cuantificación directa del fármaco en sangre u orina, entrevista al paciente y el conteo de tabletas, entre otras.

La falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más de 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa. Los factores de riesgo para el no apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud es también una respuesta a la necesidad de prevenir ciertos problemas sociales, generados muchas veces por ignorancia o por apatía, que suelen conducir a algunos gobernantes, y a los responsables del control de la salud de los pueblos, a realizar fuertes erogaciones destinadas al tratamiento de las enfermedades y sus secuelas, sin atacar sus causas ni tomar las medidas preventivas adecuadas.

Las pláticas educativas constituye una estrategia fundamental que trata de capacitar al individuo para alcanzar un estado de salud y de bienestar óptimos, a través de actuaciones que mejoren los determinantes de la salud, como son los estilos de vida, y entornos saludables. Informando, formando e implicando a la población sobre los distintos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, contribuiremos a que ésta conserve o mejore su salud y prevenga la enfermedad. La educación para la salud se presenta como la herramienta fundamental para ejercer la promoción de la salud. Puede y debe practicarse sobre distintos ámbitos, siendo los fundamentales, los ámbitos sanitario, educativo y comunitario, incluyendo en este último el ámbito laboral.

MODELO DE NIVEL DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Principales conceptos y definiciones

Autocuidado: Es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

Requisitos del autocuidado: Estos requisitos se derivan de una reflexión interior formulada expresamente que distingue las acciones que, según se sabe o se cree, son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y el desarrollo permanente o en condiciones y circunstancias específicas. Por cada requisito del autocuidado formulado se fija; 1) el factor que se debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo humano con arreglo a las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal, y 2) la naturaleza de la acción necesaria. Los requisitos del autocuidado formulados abiertamente constituyen el fin formal del mismo y expresan los resultados deseados o pretendidos, es decir, las metas que persigue aquel.

Requisitos del autocuidado universales: Los objetivos necesarios a escala universal que se deben satisfacer a través del autocuidado o del cuidado

dependiente tienen su origen en lo que se conoce de forma contrastada o lo que está en vías de comprobación acerca de la estructura humana y la integridad funcional en las diversas etapas del ciclo vital.

En esta teoría se proponen seis requisitos que comparten los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimento suficiente
2. La prestación de la asistencia que se asocia con los procesos de eliminación y los excrementos
3. La preservación de un equilibrio entre actividades y reposo
4. El mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social
5. La prevención de los riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.
6. La promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal. El término normalidad se utiliza aquí para referirse a lo que es humano en esencia y corresponde con las cualidades y las características genéticas y constitutivas del individuo.

Requisitos del autocuidado cuando falla la salud: Estos requisitos son comunes en las personas que están enfermas o que han sufrido algún accidente y que presentan algún trastorno o estado patológico en concreto, en lo que se incluyen defectos o discapacidad y para los que existe un diagnóstico y se ha iniciado un tratamiento médico. Las características de la falta de salud como un estado que abarca un cierto periodo de tiempo determinan el tipo de cuidados necesarios mientras se sufren los efectos del estado patológico y dura la enfermedad.

Las enfermedades o lesiones no solo afectan a estructuras concretas y a mecanismos fisiológicos y psicológicos, sino también al funcionamiento global del cuerpo. Cuando este funcionamiento global está seriamente alterado (retraso mental grave, estados de coma, autismo), la capacidad del individuo maduro o joven

para actuar se ve seriamente afectada, ya sea de forma permanente o temporal. En estados de salud anormales, los requisitos de autocuidado nacen tanto de la circunstancia de estar enfermo como de las medidas tomadas en el diagnóstico o tratamiento. En el modelo de Orem se enumeran seis categorías de requisitos de autocuidado cuando falla la salud deben ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes del individuo. La complejidad de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes es aún mayor por el alto número de tipos de necesidades generadas por la falta de salud que deben satisfacerse dentro de un intervalo de tiempo determinado.

Demanda de autocuidado: En esta categoría se encuentra la suma de todas las medidas sanitarias necesarias en momentos concretos o a lo largo de un periodo de tiempo para satisfacer las necesidades de autocuidado conocidas del individuo, que dependen en particular de cada enfermedad y de las circunstancias y requieren la aplicación de métodos apropiados para: 1) controlar o gestionar factores identificados en las necesidades, de valor obligatorio para el funcionamiento del organismo como, por ejemplo, el aire, el agua y suficiente alimento, y 2) cumplir con el elemento de actividad de la necesidad, por ejemplo, mantenimiento, promoción, prevención y provisión.

La demanda de autocuidado terapéutico en cualquier momento: 1) describe factores en el paciente o en el entorno que (en pro de la vida, la salud o el bienestar del paciente) deben mantenerse estables dentro de un rango de forma permanente, y 2) posee un grado conocido de eficacia instrumental que se deriva de la selección de la tecnología y las técnicas específicas que se van a aplicar, con el fin de tratar y, en cierto modo, controlar a un paciente o unos factores cambiantes del entorno.

Actividad de autocuidado: Esta actividad se describe como la compleja capacidad adquirida por las personas jóvenes y maduras para conocer y satisfacer de forma continua sus necesidades y llevar a cabo una acción deliberada e intencionada para regular su funcionamiento y desarrollo individual.

Agente: Persona que se compromete a realizar una serie de acciones o que tiene poder para hacerlo.

Agente de cuidado: Por lo general, estos agentes son personas adolescentes o adultos que aceptan y cumplen con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico de otras personas socialmente dependientes de ellas, o bien que regulan el desarrollo o el ejercicio para que estas personas lleguen a conseguir un autocuidado.

Déficit de autocuidado: Relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad auto asistencial en la cual las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la actividad no sirven o no resultan adecuadas para conocer o satisfacer parte o la totalidad de los componentes de la demanda existente o potencial.

Actividad de enfermería: Conjunto de aptitudes que desarrollan las personas con formación de enfermeras para poder asumir su papel dentro de un marco de relación interpersonal legítima con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o ejercicio de la actividad de autocuidado.

Diseño de enfermería: Función profesional realizada antes y después del diagnóstico y la prescripción a través de la cual las enfermeras, aplicando criterios prácticos sobre trastornos reales, sintetizan los elementos concretos para descubrir relaciones ordenadas que permitan estructurar las unidades operativas. El propósito del diseño de enfermería es ofrecer líneas maestras que ayuden a lograr resultados necesarios y previstos creados por la enfermera para alcanzar determinadas metas; las unidades en conjunto constituyen el modelo que orienta la actuación de la enfermera.

Sistemas de enfermería: Series y secuencias de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras, a veces en coordinación con sus pacientes, para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de estos y para proyectar y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad auto asistencial.²⁰

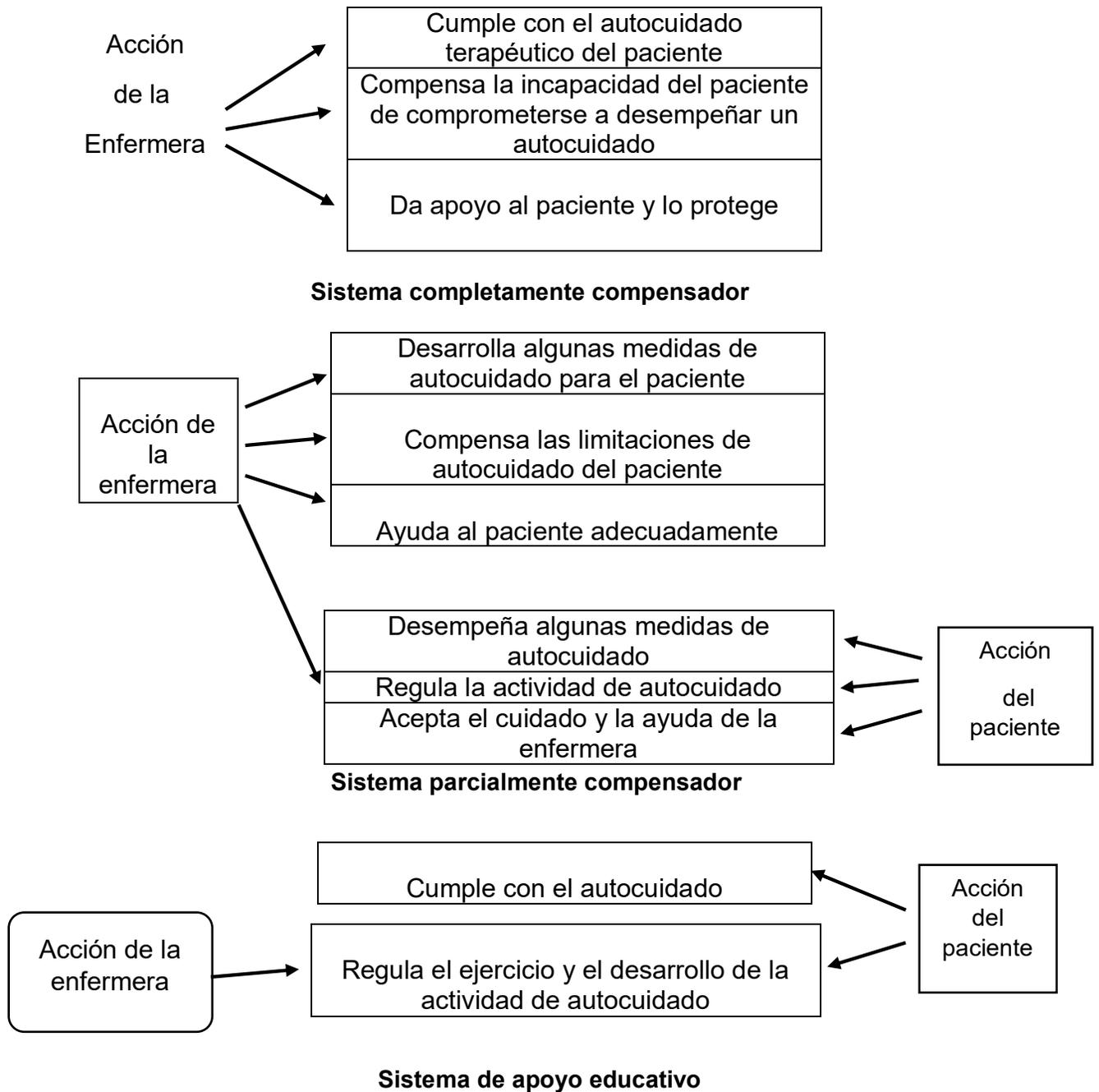


Figura 1 Sistemas enfermeros básicos. (De Orem, D.E. (2001).

RELACION DE TEORIA CON LA INVESTIGACION

El modelo anterior es la teoría de sistemas de enfermería, muestra la interacción del personal de enfermería y el paciente en cuanto al curso de la enfermedad, Orem divide la teoría en tres sistemas:

Sistema completamente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado por lo tanto el personal de enfermería apoya en todos los aspectos.

Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente.

Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Esta investigación está sustentada en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem que aborda los aspectos teóricos – metodológicos para sistematizar las intervenciones a través del sistema de enfermería en el rango de apoyo educativo, buscando así que las personas asuman nuevos patrones de conducta que les permita en relación a la (nutrición, ejercicio físico, y cuidados generales) tener experiencias vitales que le brinden su realización en el ámbito personal y social, de esta manera mejoraran su calidad de vida a través del autocuidado. Se trabajó con el tercer sistema ya que las intervenciones de enfermería fueron mediante pláticas educativas a los adultos mayores acerca de su autocuidado.

El apoyo educativo de las personas con diabetes mellitus, en la atención primaria de salud exige cuidar y enseñar a cuidarse y la comprensión de que solo aquel que aprenda a cuidarse podrá alcanzar una buena calidad de vida. Así el fin del apoyo educativo es que la persona pueda controlar su enfermedad y mejorar su calidad de

vida, así como conocer la importancia de mantener cifras normales de glicemia, siendo necesaria la comprensión, motivación y destreza práctica para su autocuidado.

De esta manera se pretende que el paciente logre tener un autocuidado y calidad de vida satisfactoria para realizar sus actividades diarias.

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería.

V. HIPÓTESIS

H_i El apoyo educativo influye positivamente en el nivel de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2

H_o El apoyo educativo no modifica el nivel de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2

H_a El apoyo educativo influye negativamente en el nivel de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar el nivel de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 posterior a apoyo educativo del Centro de Salud de Tetepango, Hgo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 antes de apoyo educativo del Centro de Salud de Tetepango, Hgo.
- Evaluar el nivel de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 posterior a apoyo educativo del Centro de Salud de Tetepango, Hgo.
- Comparar los resultados obtenidos pre y post intervención de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud de Tetepango Hgo.

VII. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de Estudio

La presente investigación es de enfoque cuantitativa ya que se generara una información numérica con un instrumento para medir el autocuidado.

7.2 Diseño metodológico

Es longitudinal prospectivo por que la recolección se llevara a cabo en dos momentos, uno inicial y otro posterior a la intervención.

Es Correlacional ya que se correlacionaran las variables de apoyo educativo y nivel de autocuidado.

7.3 Límites de tiempo y espacio

El estudio se realizó en el Centro de Salud de Tetepango Hidalgo con el grupo de adultos mayores diabéticos, por un lapso de 3 meses.

7.4 Universo

Constituido por un grupo de 15 Adultos Mayores hombres y mujeres con Diabetes Mellitus tipo 2 del Centro de Salud de Tetepango Hgo.

7.5 Muestra

Se tomó el 100% de la población de adultos mayores del Centro de Salud de Tetepango Hgo., del cual se recolecta los datos.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Adultos Mayores que presenten un diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Que acepten participar y firmen el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- El adulto Mayor que decida en cualquier momento abandonar la investigación.
- El adulto que no asista a las sesiones otorgadas faltando más de un 80% de las sesiones.
- Que no se presenten en la segunda medición.

Criterios de Eliminación:

- Adultos Mayores que no firmen el consentimiento informado.
- Se nieguen a participar en la investigación
- Por defunción

7.6 VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN

Variables Sociodemográficas

(Ver apéndice No. 1)

Variables de Trabajo

(Ver apéndice No. 2)

7.7 INSTRUMENTOS

La recolección de datos será realizada por medio de una entrevista en la que se aplicarán los instrumentos:

CYPAC-AM

- **CYPAC-AM** con un nivel de significancia de 0.87 en la escala de α de Cronbach y un 95% de confiabilidad. (Ver anexo N° 1)

El instrumento CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) es un test que mide categorías que en un adulto debe ser considerado, cada categoría con 4 preguntas como son la actividad física, la alimentación, eliminación, descanso y sueño, la higiene y confort, la medicación, control de salud y las adicciones o hábitos tóxicos. Cada uno de ellos con las puntuaciones que a continuación se describen.

Norma de evaluación del Instrumento

El ítem 1 de cada categoría determina el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y por tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems. Si tres o más respuestas son positivas y ninguna respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una puntuación de 3. Si dos o más respuestas intermedias(a veces); se consideran el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2. Si más de una respuesta es negativa; se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1.

Interpretación del Test

- Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado.
- Entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado.
- Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado.
- Con 15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado o, o con déficit parcial para esa categoría.
- Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Con déficit de autocuidado total.

DIABETES 39

Con un nivel de significancia de 0.95 en la escala de α de Cronbach y una confiabilidad de 90% (Ver anexo N° 2)

Evaluación del instrumento

El instrumento está constituido por 39 ítems cerrados que se agrupan en cinco secciones: energía-movilidad (15 ítems: 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 y 36), control de la diabetes (12 ítems: 1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31 y 39), ansiedad-preocupación (4 ítems: 2, 6, 8 y 22), carga social (5 ítems: 19, 20, 26, 37 y 38), funcionamiento sexual (3 ítems: 21, 23 y 30).

Escala de calificaciones del instrumento

Escala de tipo análoga visual modificada, que en su versión original se presenta como una línea horizontal continua con marcas verticales que delimitan espacios donde se ubican los números del 1 al 7, cuya escala de valores es el número 1 para nada afectado y el 7 a sumamente afectado en la calidad de vida.

A continuación, las puntuaciones de cada sección se transforman en una escala de 0 a 100 mediante una fórmula para su conversión lineal. Contiene dos ítems finales que califican la percepción del paciente acerca de su calidad de vida de manera

global, con un rango del 1 (mínima) al 7 (máxima) y la severidad de la diabetes con un rango del 1 (ninguna severidad) al 7 (extremadamente grave).

Escala de 0 a 100 fórmulas para su transformación lineal:

- Energía y movilidad: $[(\text{calificación cruda} - 15) / (105-15)] \times 100$
- Control de la diabetes: $[(\text{calificación cruda} - 12) / (84-12)] \times 100$
- Ansiedad-preocupación: $[(\text{calificación cruda} - 2) / (28-4)] \times 100$
- Carga social: $[(\text{calificación cruda} - 5) / (35-5)] \times 100$
- Funcionamiento sexual: $[(\text{calificación cruda} - 3) / (21-3)] \times 100$
- Calificación total: $[(\text{calificación cruda} - 39) / (273-39)] \times 100$
- Calidad de vida: $[(\text{calificación cruda} - 1) / (7-1)] \times 100$
- Severidad de la diabetes: $[(\text{calificación cruda} - 1) / (7-1)] \times 100$

No se contempla una ponderación especial para la calificación de cada sección en la calificación global más allá de la que representa el número de ítems de cada una de las mismas, y la puntuación total refleja la afectación en el concepto calidad de vida como un todo.

7.8 PROCEDIMIENTOS

Se realizó la solicitud de los asesores, llevándose a cabo posteriormente la aprobación del protocolo por el comité de investigación del área de enfermería, donde seguido se solicitó la autorización a la directora del Centro de Salud de Tetepango para la realización del proyecto.

Una vez que se contó con la autorización correspondiente se procedió a solicitar el consentimiento informado a la población estudiada, se realizó la primera medición mediante la aplicación de los instrumentos CYPAC – AM y DIABETES 39 a los Adultos Mayores. Posteriormente se analizó la información en el Programa Microsoft Excel. Se elaboró un plan de intervención para brindar pláticas educativas haciendo énfasis en el autocuidado, alimentación y actividad física de adultos mayores. Se

realizó la segunda medición, con el mismo instrumento para que así se puedan comparar los resultados obtenidos post intervención.

7.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se realizó el análisis de datos obtenidos por medio de los instrumentos CYPAC-AM y DIABETES 39 que fueron ingresados al programa Excel 2013, Para la recolección, recopilación y análisis de datos cuantitativos.

7.10 DIFUSIÓN

El presente reporte de investigación se presentó en el Primer Coloquio de Investigación de Estudiantes de Posgrado de Enfermería, en el marco de actividades del XXX Aniversario del Centro Universitario UAEM Zumpango. (Ver anexo 3)

7.11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (Ver apéndice N° 4)

RECURSOS HUMANOS

Humanos

1 Investigadora

- Ñonthé Baxcajay Elvia

3 Asesores.

- D.C.E. Benjamín López Nolasco
- Dra. Edith Araceli Cano Estrada
- M.C.E. Ariana Maya Sánchez

Materiales

Laptop, Portafolios, Plumones, Hojas Blancas, Impresiones, Viáticos.

RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos para la elaboración de tesis fue de una cantidad de siete mil sesenta y cinco pesos “**\$7,065.00**” (Ver apéndice N° 3)

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

La presente tesis se apegó a la ley General de Salud promulgada en 1984, normas éticas de Helsinki modificado en 2006, Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.

La información de la investigación se recolectara de acuerdo a los principios generales mencionados en los párrafos 3-15 del apartado 1 de la declaración de Helsinki.

LEY GENERAL DE SALUD PROMULGADA EL 7 DE FEBRERO DE 1984 ADICIÓN EN DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE 19 DE SEPTIEMBRE DE 2006 EN SU TITULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES CAPITULO ÚNICO, EN EL ARTÍCULO 1.- Menciona que la presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Así como también en el ARTÍCULO 2. Dice que el derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud,
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

EN EL TITULO SÉPTIMO PROMOCIÓN DE LA SALUD CAPITULO II EDUCACIÓN PARA LA SALUD ARTÍCULO 112. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD TIENE POR OBJETO:

- I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;
- II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud.

POSTERIORMENTE EN EL TITULO OCTAVO PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES Y ACCIDENTES CAPITULO III ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES ARTÍCULO 158.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles que las propias autoridades sanitarias determinen.

ARTÍCULO 159. El ejercicio de la acción de prevención y control de las enfermedades no transmisibles comprenderá una o más de las siguientes medidas, según el caso de que se trate:

- I. La detección oportuna de las enfermedades no transmisibles y la evaluación del riesgo de contraerlas;
- II. La divulgación de medidas higiénicas para el control de los padecimientos;
- III. La prevención específica en cada caso y la vigilancia de su cumplimiento;
- IV. La realización de estudios epidemiológicos,
- V. La difusión permanente de las dietas, hábitos alimenticios y procedimientos que conduzcan al consumo efectivo de los mínimos de nutrientes por la población general, recomendados por la propia Secretaría, y
- VI. Las demás que sean necesarias para la prevención, tratamiento y control de los padecimientos que se presenten en la población.

ARTÍCULO 160. La Secretaría de Salud coordinará sus actividades con otras dependencias y entidades públicas y con los gobiernos de las entidades federativas, para la investigación, prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

ARTÍCULO 161. Los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud deberán rendir los informes que la autoridad sanitaria requiera acerca de las enfermedades no transmisibles, en los términos de los reglamentos que al efecto se expidan.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
CONSTITUCIÓN PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 5
DE FEBRERO DE 1917, TEXTO VIGENTE, ÚLTIMA REFORMA PUBLICADA DOF
10-02 2014

Artículo 4. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El estado lo garantizará.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción xvi del artículo 73 de esta constitución.

LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, D E C R E T A: EN SU TÍTULO SEGUNDO DE LOS PRINCIPIOS Y LOS DERECHOS, CAPÍTULO I DE LOS PRINCIPIOS ARTÍCULO 4º.

Son principios rectores en la observación y aplicación de esta Ley:

I. Autonomía y autorrealización. Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario;

II. Participación. La inserción de los adultos mayores en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; asimismo se promoverá su presencia e intervención;

III. Equidad. Es el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia;

IV. Corresponsabilidad. La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, para la consecución del objeto de esta Ley, y

V. Atención preferente. Es aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar

programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.

Y EN SU CAPÍTULO II DE LOS DERECHOS APARTADO I, II, II MENCIONA

Artículo 5o. De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

I. De la integridad, dignidad y preferencia:

a. A una vida con calidad. Es obligación de las Instituciones Públicas, de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho.

III. De la salud, la alimentación y la familia:

A). A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.

B). A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.

IX RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados del estudio el cual fue realizado en una muestra de 15 adultos mayores del Centro de Salud de Tetepango, Hidalgo, en el siguiente orden: Características sociodemográficas el 80% pertenecen al género femenino y el 20% al género masculino. La edad de los participantes es de 60 a 80 años.

Tabla N° 1 Variables sociodemográficas de la población de estudio.

Variable		f	%
Género	Masculino	3	20.00
	Femenino	12	80.00
Escolaridad	Prim. incompleta	5	33.33
	Prim. completa	8	53.3
	Sin estudios	2	13.33
Religión	Católica	15	100

Fuente: Cédula de datos de identificación

n=15

En la tabla 1 se muestran las variables correspondientes a las características sociodemográficas de la población de estudio donde se puede observar que el 80% de adultos mayores corresponden al género femenino, el resto al género masculino. De acuerdo a la escolaridad el 33.33% cuentan con primaria incompleta, 53.33% corresponde a primaria completa y el 13.33% no tienen estudios. Dichos participantes pertenecen a la religión católica.

Tabla N° 2 Secciones evaluadas en la población de estudio Pre y Post intervención

SECCIONES	Pre-intervención		Post-intervención	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Energía y movilidad	8	53.33	14	93.33
Control de la diabetes	7	46.66	12	80.00
Ansiedad-preocupación	9	60.00	11	73.33
Carga social	11	73.33	14	93.33
Funcionamiento sexual	5	33.33	9	60.00
Calidad de vida	12	80.00	14	93.33

Fuente: DIABETES 39

n=15

De acuerdo a las evaluaciones que se llevaron a cabo en el Centro de Salud se obtuvo en la primera evaluación que los participantes en la pre intervención el 53.3% obtuvieron en la sección de energía y movilidad que afecta sumamente a su calidad de vida y posterior a la intervención el 93.3% nada afecta en su calidad de vida. Para la sección de Control de la Diabetes obtuvimos que el 46.6% de los participantes sumamente afecta la calidad de vida de los participantes y posterior a las intervenciones el 80% nada les afecta en su calidad de vida.

En la sección de Ansiedad-Preocupación obtenemos que el 60% sumamente les afecta en su calidad de vida y posterior al apoyo educativo el 73.3% nada afecta en su calidad de vida.

En cuanto a la carga social obtenemos en resultados pre intervención que el 73.3% sumamente les afectaba su calidad de vida y posterior a las pláticas educativas el 93.3% nada les afecta en su calidad de vida.

En la sección de funcionamiento sexual se obtiene en resultados pre intervención que el 33.3% de los adultos mayores afectan sumamente su calidad de vida y en resultado post intervención el 60% nada afecta en su calidad de vida.

**CAPACIDAD Y PERCEPCION DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR
(CYPAC-AM)**

INTERPRETACIÓN	PRE INTERVENCIÓN		POST INTERVENCIÓN	
	f	%	f	%
AUTOCUIDADO ADECUADO	3	20	7	46.6
AUTOCUIDADO PARCIALMENTE ADECUADO	4	26.6	3	20
AUTOCUIDADO INADECUADO	8	53.3	5	33.3

CYPAC-AM

n=15

En cuanto al nivel de autocuidado se obtiene en la primera medición que el 53.3% (8 adultos) obtienen un nivel de autocuidado inadecuado, el 26.6% (4 adultos) obtienen nivel de autocuidado parcialmente adecuado y para autocuidado adecuado lo obtiene el 20% (3 adultos), como se puede observar la mayoría cursa con autocuidado inadecuado lo que resulta una situación preocupante.

Posterior a las intervenciones de enfermería que fueron las pláticas educativas sobre actividad física y alimentación saludable se obtienen los siguientes porcentajes, el 46.6% de los participantes (7 adultos) obtuvieron nivel de autocuidado adecuado, para el nivel de autocuidado parcialmente adecuado lo obtienen el 20% (3 adultos) y por último en el nivel de autocuidado inadecuado lo obtiene el 33.3% (5 adultos). De acuerdo a los resultados anteriores podemos observar la correlación que existe entre ambas variables, lo que significa que una persona que presente un nivel de autocuidado adecuado, nada le afectara en su calidad de vida. También que al dar un apoyo educativo al paciente con Diabetes

Mellitus aumentara su nivel de autocuidado y por ende tendrá una mejor calidad de vida.

X. DISCUSION

La presente investigación nos permitió observar y analizar la importancia que tiene realizar una adecuada intervención educativa para disminuir complicaciones de la diabetes.

El estado de salud de las personas es uno de los principales indicadores de calidad de vida, pero también es un constructo complejo en el que a su vez influyen diversos factores. En el caso de enfermedades crónicas como la diabetes, el simple conocimiento de padecer una enfermedad, independientemente del deterioro físico que produzca, también puede dar lugar a un cambio en las actividades o comportamientos de las personas y a un empobrecimiento en la percepción de su salud.

El estudio realizado en México por Salazar-Estrada y cols mostró una pobre percepción de calidad de vida, más acentuada en personas con diabetes mellitus tipo 2.

En esta investigación los pacientes tienen una percepción de autocuidado adecuado posterior al apoyo educativo y de esta manera mejoran su calidad de vida sobre todo en las secciones de salud control de la diabetes, ansiedad-preocupación y funcionamiento sexual.

Lo que en los resultados de este estudio se obtiene que la mayoría de los adultos mayores puestos en estudio presentaron una percepción de autocuidado inadecuado en los resultados pre intervención y posterior al apoyo educativo se obtiene autocuidado adecuado.

XI. CONCLUSIONES

Con base a los resultados obtenidos, se ha concluido que el estudio realizado en el Centro de Salud de Tetepango Hgo. Tiene relación entre las variables autocuidado y calidad de vida, ya que si mejora el autocuidado también mejorara la calidad de vida.

Existe diferencia significativa en las medidas de capacidad de autocuidado pre y post-intervención, así como en los resultados de calidad de vida de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2.

La educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo fundamental para el control de la diabetes. En muchas ocasiones, el paciente tiene una baja percepción de su salud y cree que la información que le proporcionan los profesionales es insuficiente; por ello, los profesionales debemos escuchar, dialogar y fomentar la educación para conseguir la participación de los pacientes en la toma de decisiones dirigidas al autocuidado.

XII. RECOMENDACIONES

Es importante informar y educar a la población en general y en especial a pacientes con enfermedad crónica creando programas específicos para ellos sobre la DM, con el fin de que tomen sus propias decisiones; no se trata de que cambiemos sus conductas habituales sino que, respetando sus costumbres, creencias y estilo de vida, conozcan cómo prevenir la enfermedad y su importancia, ya que sus consecuencias en el futuro pueden ser graves, aunque a corto plazo no les produzca ninguna molestia.

Por ello es fundamental realizar intervenciones de apoyo educativo a los adultos mayores que padecen de enfermedad crónica ya que es un apoyo muy importante para ellos el saber los cuidados que deben llevar y de esta forma fomentar su autocuidado, no dejando atrás las sesiones de terapias y pláticas de promoción a la salud y autocuidado.

Teniendo en cuenta todo lo analizado en el trabajo inferimos que se hace necesario en la Atención Primaria de Salud insistir en programas, actividades preventivas y de promoción a la salud, en actividad física, alimentación saludable, medicación etc. Hacia los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 para contribuir a mejorar la calidad de vida de los mismos y por ende aspirar a una longevidad satisfactoria.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Federación Internacional de Diabetes. Plan Mundial contra la Diabetes. 2011-2021. [Acceso 28 de mayo de 2012]. Disponible en:

<http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>

2. - Consejo Nacional de Población. Dinámica demográfica 1990-2010 y Proyecciones de población 2010 y 2030. CONAPO [Boletín]. 2010; 05:1-2. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1665-7063201600030015900004&lng=en

3.- J. Halabe, A. Lifshitz, J. López Barcena. M. Ramiro. El Internista. Mc. Graw Hill Interamericana de Editores 1997: 23–24.

4.- INEGI: X11 Censo de Población y vivienda. México.2000.

5.- Aguilera N. Comentarios a la ENSANUT 2012. Sal. Publ Mex. 2013; 55 (2):347-354.

6.- Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Fecha de consulta: Mayo 15, 2010. Disponible en: www.redsalud.gov.cl/portal/url/.../99bbf09a908d3eb8e04001011f014b49.pdf

7. - Deakin TA, Cade JE, Williams R, Greenwood DC. Structured Patient education: the diabetes X-PERT programmer makes a difference. Diabet Med 2006; 23(9):944-954.

8. - American Diabetes Association. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. Diabetes Care 2014; 37(1):144-154.

9.- Luis Felipe López Cortes, Marcela Cifuentes Ortiz, Adriana Sánchez Ruiz “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”2013<http://revistas.usc.edu.co/index.php/CienciySalud/article/view/407/362#.V0jS2JHhDIU>

10.-- Yudit Hernández Esterlín, María Del Carmen Valdés Vázquez, Julia Rowley Anderson “Caracterización Clínica- Epidemiológica De La Diabetes Mellitus En El Adulto Mayor” (2015), <http://files.sld.cu/gericuba/files/2015/07/diabetis-mellitus-en-am.pdf>

11.- Frenk J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. Rev. Salud Pública Méx. 2007;49 (suppl 1):14-22.

Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200013

12.- Federación Internacional de Diabetes. Atlas de Diabetes, 5ta. ed. Arabic; 2012 [citado 4 Mar 2012]. Disponible en: http://shop.idf.org/catalog/product_info.php?cPath=21_34&products_id=154

13.- Dirección General de Evaluación de Desempeño, SSA., Informe de unidades de primer nivel de atención en los servicios estatales de salud. Evaluación 2008, pág. 27-32

14.- Secretaría de Salud. Estrategia Nacional Para La Prevención y El Control Del Sobrepeso, La Obesidad Y La Diabetes. México D.F. 2016.

15.- Secretaría de Saludo [documento en internet]. SINAVE/DGE/SALUD/Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010. [Consultado el 3 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/libros/I_HISTO_DE_ESTA_V_NAC_Y_DEFU_1893_2010.pdf [Links]

<http://www.sinave.gob.mx/>

16.- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/017ssa24.html>

17.- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/perfiles_y_tendencias.pdf

18.- Rojas, L. (1999). Calidad de vida y autonomía en personas mayores. Tesis para optar por el grado de Magíster en Gerontología. San José, Costa Rica: Editorial UCR.

19.- Millán Méndez IE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev. Cubana Enf [Internet]. 2010 Dic [citado 18 abr 2017]; 26(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08640319201000400007&lng=es

20.- Orem D.E. Nursing: Concepts of practice, 2da. N.Y: Mc Graw Hill; 1988.

21.- Nursing: Concepts of practice (6a ed., p. 351). St.Louis: Mosby.) Sistemas enfermeros básicos. (De Orem, D.E. (2001).

XIV. APENDICES

APENDICE N° 1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
SEXO	Conjunto de características físicas, biológicas y anatómicas que definen a hombre o mujer	Masculino Femenino	Nominal de tipo cuantitativa	1) Masculino 2) Femenino
EDAD	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	Años	Numérica	1) 50 a 60 2) 61 a 70 3) 71 a 80 4) 80 o más años
ESCOLARIDAD	Tiempo reconocido en forma oficial en los cuales se acude a la escuela	Grados escolares cursados en forma oficial.	Cualitativa de tipo ordinal	1) Ninguna 2) Básica 3) Secundaria 4) Bachillerato
ESTADO CIVIL	Condición de unión social de pareja	Soltera, casado, viudo conveniente	Nominal de tipo cualitativa	De acuerdo a la condición

APENDICE N° 2 VARIABLE DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE
CALIDAD DE VIDA AUTOCUIDADO	PLATICAS EDUCATIVAS

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES
AUTOCUIDADO	Es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.	Evaluación del nivel de autocuidado de la persona en relación a sus actividades.	Actividad física Alimentación Eliminación Descanso y sueño Higiene y confort Medicación Adicciones o Hábitos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> · Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado. · Entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado. · Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado. · Con 15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría. · Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Con déficit de autocuidado total.

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES
CALIDAD DE VIDA	<p>Implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad)</p> <p>La calidad de vida relacionada con la salud incluye las esferas física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas</p>	<p>Evaluación de la calidad de vida de la persona en relación a sus actividades</p>	<p>Energía – Movilidad</p> <p>Control de la Diabetes</p> <p>Ansiedad – Preocupación</p> <p>Carga Social</p> <p>Funcionamiento Sexual</p> <p>Calidad de Vida</p> <p>Severidad de la diabetes</p>	<p>Escala de tipo análoga visual</p> <p>1: Nada afectado</p> <p>7: Sumamente afectado</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES
APOYO EDUCATIVO	Se entiende el concepto de Necesidades Educativas Especiales como un conjunto de medidas materiales, arquitectónicas, curriculares y profesionales que es preciso instrumentalizar para la educación de aquél individuo que por diferentes razones, temporalmente o de manera permanente, no están en condiciones de evolucionar hacia la autonomía personal y social con los medios que habitualmente están a disposición de la vida ordinaria.	Registro del apoyo educativo familiar, social, en relación con la persona.	Eficiente Insuficiente Deficiente	0-10 11-20 21-30



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



APÉNDICE N° 3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2018.

Actividad/Fecha	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Primera actividad Presentación e integración de grupos																
Segundo curso educativo "Actividad Física"																
Tercer curso educativo "Alimentación Saludable"																
Segunda aplicación del instrumento CYPAC-AM / DIABETES 39																

Anexos

Anexo N° 1. TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor).

Categorías a medir Formas de medición

A. Actividad Física

1. Puede movilizarse sin ayuda _____ Sí___ No___
2. Participa en el círculo de abuelos _____ Si___ A veces___ No___
3. Practica ejercicios físicos sistemáticamente _____ Si___ A veces___ No___
(Nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)
4. Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube escaleras — Si___ A veces___ No___

B. Alimentación

1. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda — Si___ No___
2. Tiene establecido un horario fijo para comer _____ Si___ A veces___ No___
3. Prefiere los alimentos salcochados que fritos _____ Si___ A veces___ No___
4. Ingiere la dieta indicada aunque no le guste _____ Si___ A veces___ No___

C. Eliminación

1. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda — Si___ No___
2. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular — Si___ A veces___ No___
3. Tiene como hábito observar sus deposiciones _____ Si___ A veces___ No___

4. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas — Si___ A veces___ No___

(Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)

D. Descanso y Sueño

1. Puede controlar su período de descanso y sueño — Sí___ No___

2. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer -Si___ A veces___ No___

3. Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo — Si___ A veces___ No___

4. Procura dormir las horas necesarias diarias — Si___ A veces___ No___

(5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)

E. Higiene y Confort

1. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda — Sí___ No___

2. Se baña diariamente, y a un horario establecido — Si___ A veces___ No___

3. Acostumbra bañarse con agua tibia — Si___ A veces___
No___

4. Usa una toallita independiente para secarse los pies — Si___ A veces___ No___

F. Medicación

1. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla - Sí___ No___

2. Cumple estrictamente con el tratamiento indicado — Si___ A veces___ No___

3. Solo toma medicamentos que le indica su médico — Si___ A veces___ No___

4. Si necesita algún medicamento lo consulta primero — Si___ A veces___ No___

G. Control de Salud

1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud _____ Sí ___ No ___

2. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar _____ Si ___ A veces ___ No ___

3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas Si ___ A veces ___ No ___

4. Se realiza auto chequeos periódicos en la casa _____ Si ___ A veces ___ No ___

(Autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)

H. Adicciones o Hábitos tóxicos

1. Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico _____ Si ___ No ___

2. Puede controlar la cantidad del tóxico que consume _____ Si ___ A veces ___ No ___

3. Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de él — Si ___ A veces ___ No ___

4. Tiene más de un hábito pero intenta dejarlos _____ Si ___ A veces ___
No ___

ANEXO N° 2. INSTRUMENTO DE VALORACION DIABETES 39

	Nada afecta							Sumamente afectada
1.- El horario de los medicamentos para su diabetes.	1	2	3	4	5	6	7	
2.- Preocupaciones por problemas económicos.	1	2	3	4	5	6	7	
3.- Limitación en su nivel de energía.	1	2	3	4	5	6	7	
4.- Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes	1	2	3	4	5	6	7	
5.- No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes	1	2	3	4	5	6	7	
6.- Estar preocupado (a) por su futuro	1	2	3	4	5	6	7	
7.- Otros problemas de salud aparte de la diabetes	1	2	3	4	5	6	7	
8.- Tensiones o presiones en su vida	1	2	3	4	5	6	7	
9.- Sensación de debilidad.	1	2	3	4	5	6	7	
10.- Restricciones sobre la distancia que puede caminar	1	2	3	4	5	6	7	
11.- Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes	1	2	3	4	5	6	7	
12.- Visión borrosa o perdida de la visión	1	2	3	4	5	6	7	
13.- No poder hacer lo que quisiera	1	2	3	4	5	6	7	
14.- Tener diabetes	1	2	3	4	5	6	7	
15.- El descontrol de su azúcar en sangre	1	2	3	4	5	6	7	
16.- Otras enfermedades aparte de la diabetes	1	2	3	4	5	6	7	

17.- Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre.	1	2	3	4	5	6	7
18.- El tiempo requerido para controlar su diabetes.	1	2	3	4	5	6	7
19.- Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos	1	2	3	4	5	6	7
20.- La vergüenza producida por tener diabetes	1	2	3	4	5	6	7
21.- La interferencia de su diabetes en su vida sexual.	1	2	3	4	5	6	7
22.- Sentirse triste o deprimido.	1	2	3	4	5	6	7
23.- Problemas con respecto a su capacidad sexual	1	2	3	4	5	6	7
24.- Tener bien controlada su diabetes	1	2	3	4	5	6	7
25.- Complicaciones debidas a su diabetes	1	2	3	4	5	6	7
26.- Hacer cosas que su familia y amigos no hacen	1	2	3	4	5	6	7
27.- Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre	1	2	3	4	5	6	7
28.- La necesidad de tener que comer a intervalos regulares	1	2	3	4	5	6	7
29.- No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa	1	2	3	4	5	6	7
30.- Menor interés en su vida sexual	1	2	3	4	5	6	7
31.- Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes	1	2	3	4	5	6	7
32.- Tener que descansar a menudo	1	2	3	4	5	6	7
33.- Problemas al subir escaleras	1	2	3	4	5	6	7
34.- Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)	1	2	3	4	5	6	7
35.- Tener el sueño intranquilo	1	2	3	4	5	6	7

36.- Andar más despacio que otras personas	1	2	3	4	5	6	7
37.- Ser identificado como diabético	1	2	3	4	5	6	7
38.- interferencia de la diabetes con su vida familiar	1	2	3	4	5	6	7
39.- La diabetes en general	1	2	3	4	5	6	7

Calificación global

1.- Por favor marque con una (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Mínima calidad

Máxima calidad



CONSENTIMIENTO INFORMADO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DEL TEST CYPAC-AM



APÉNDICE N° 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Está dispuesto a participar en la investigación y contestar con sinceridad las

1. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
preguntas que se le formulan.

2. ¿Pudiera decir los años que usted tiene cumplidos? _____
Sí _____ No _____

3. ¿Cómo usted percibe o considera su estado de salud?

_____ Supuestamente sano (Saludable) _____ Aparentemente enfermo (No
saludable)

**Nombre y firma del responsable de
la investigación**

Nombre y firma del participante

RECURSOS HUMANOS

Humanos

1 Investigadora

- Ñonthé Baxcajay Elvia

3 Asesores.

- D.C.E. Benjamín López Nolasco
- Dra. Edith Araceli Cano Estrada
- M.C.E. Ariana Maya Sánchez

Recursos Materiales

Laptop

Portafolios

Plumones

Hojas Blancas

Impresiones

Viáticos.

TABLA N° 3 RECURSOS FINANCIEROS

PRESUPUESTO

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
Laptop	1	\$3,500	\$3,500
Portafolios	2	\$600	\$1200
Plumones	5	\$25.00	\$125
Hojas Blancas	200	\$70	\$140
Impresiones	300	\$2.00	\$600
Viáticos	1	\$1500	\$1500
Total			\$7065

ANEXO N° 3. CONSTANCIA DE PARTICIPACION EN EL PRIMER COLOQUIO DE INVESTIGACIÓN DE ESTUDIANTES DE POSGRADO DE ENFERMERÍA



ANEXO N° 4 OFICIO DE SOLICITUD AL CENTRO DE SALUD DE TETEPANGO HGO.



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

ESTL/AEE/479/2016.

Asunto: Solicitud

Arturo Hernandez Tamaturgo
Coordinador Medico Municipal
Dra. Julieta Velasco Hernandez
Directora del Centro de Salud de Tetepango, Hidalgo

PRESENTE.

A través de este medio reciba un cordial saludo y al mismo tiempo solicitar su autorización para que las alumnas Yesenia Granados Mendoza y Elvia Ñonthe Baxcajay quienes cursan el 7° semestre de la Licenciatura en Enfermería realicen el protocolo de investigación que lleva por título: "CALIDAD DE VIDA Y NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 PRE Y POSTERIOR A PLATICAS EDUCATIVAS".

Asesorado por su servidor, el objetivo de esta presente investigación es Analizar el Nivel de Autocuidado y Calidad de Vida de cada adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y posterior realizar intervenciones educativas para reforzar los conocimientos previos de su enfermedad y así mismo poder mejorar su calidad de vida y nivel de autocuidado.

Sin otro particular por el momento, quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Tlahuelilpan, Hgo., a 11 de Noviembre del 2016

M.C.E Benjamín Lopez Nolasco

Coordinador de la Licenciatura en Enfermería

Escuela Superior de Tlahuelilpan



Recibi
23/11/2016
[Firma]
c.c.p.-Archivo.



Ex Hacienda de San Servando S/N
Col. Centro
Tlahuelilpan, Hidalgo, México, C.P. 42780
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 5500, 5501
esc_sup_tlahuelilpan@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

ANEXO N° 5 OFICIO DE ACEPTACIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE TETEPANGO HGO.



Dependencia: **COORDINACION MUNICIPAL TETEPANGO HIDALGO.**
Sección:
Mesa:
Número de Oficio: 000028
Expediente: _____

**SERVICIOS DE SALUD HIDALGO
JURISDICCION XIV TEPEJI
CENTRO DE SALUD TETEPANGO**

Tetepango, Hgo.28 de Noviembre del 2016

M.C.S Benjamín López Nolasco
Coordinador de la Licenciatura en enfermería
Escuela Superior de Tlahuelilpan

Por medio del presente se autoriza a Yesenia Granados Mendoza y Elvia Ñonthe Baxcajay a realizar en este Centro de Salud Tetepango realicen su protocolo de investigación que lleva por título "CALIDAD DE VIDA Y NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 PRE Y POSTERIOR A LAS PLATICAS EDUCATIVAS". Sin otro particular quedo a sus órdenes.

Atentamente
Dra. Julieta Velasco Hernández
Directora de Centro de Salud Tetepango



ANEXO N° 6 CARTEL DE PARTICIPACION AL PRIMER COLOQUIO DE ESTUDIANTES DE POSGRADO DE ENFERMERÍA



NIVEL DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 POSTERIOR A PLÁTICAS EDUCATIVAS



AUTORES
 Rosalbe Balboa y Elena, M.C.E Benjamin López Notasco, Dra. Edith Araceli Cano Escobedo, M.C.E Arana Maya Sánchez,

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 "ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN"**

INTRODUCCIÓN
 Los conocimientos de apoyo educativo y autocuidado son un conjunto de información almacenada, mediante el aprendizaje que se sustenta en principios e información relevante. Los profesionales de la salud desempeñan un papel importante en la transmisión de estos conocimientos, los cuales se ven reflejados en la salud de los adultos mayores, desde la formación se han ido basado en conocimientos que aseguran la correcta disciplina de autocuidado.



OMS

OBJETIVO

Analizar el nivel de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 posterior a pláticas educativas del Centro de Salud de Tetepango, Hgo



MATERIAL Y METODO



PLANTEAMIENTO

La diabetes mellitus está presente en todo el mundo con prevalencia en países en desarrollo, la falta de actividad física, una alimentación inadecuada permite la prevalencia y permanencia de esta enfermedad en las poblaciones.
¿Cuál es el nivel de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 posterior a pláticas educativas del Centro de Salud de Tetepango, Hgo?



CONCLUSIÓN
 Existe diferencia significativa en las medidas de capacidad de autocuidado pre y post-intervención, así como en los resultados de calidad de vida de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2.

RESULTADOS

Con base a los hallazgos de nuestra investigación se encontró en la primera evaluación una deficiencia en el nivel de autocuidado y calidad de vida sobre la Diabetes Mellitus y posterior a la intervención hubo una mejoría en el nivel de autocuidado.



BIBLIOGRAFÍA

- Gonzales Cantero J. O. González M. A. Galán C. S. Autoeficacia Y Adherencia Terapéutica Con Diabetes Mellitus Tipo 2 (2015) <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psicorarticle/view/11772/10626>
- Yudit Hernández Esterlin, María Del Carmen Valdés Vázquez, Julia Rowley Anderson "Caracterización Clínica- Epidemiológica De La Diabetes Mellitus En El Adulto Mayor" (2016) <http://files.eldu.com/cencuba/files/2016/07/diabetes-mellitus-en-am.pdf>
- Federación Internacional de Diabetes. Atlas de Diabetes, 6ta. ed Arab. 2012 [Citado 4 Mar 2012] Disponible en: http://shop.idf.org/catalog/product_info.php?cPath=21_34&products_id=154



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



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

EDUCACIÓN PARA LA DIABETES

REALIZADO POR:

PLESS. ELVIA ÑONTHE BAXCAJAY

DIRECTOR:

D.C.E. BENJAMÍN LÓPEZ NOLASCO

CO-DIRECTORAS:

DRA. EDITH ARACELI CANO ESTRADA

M.C.E. ARIANA MAYA SÁNCHEZ

TLAHUELILPAN HIDALGO; SEPTIEMBRE DE 2017.

PLANEACION

I. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

TABLA N° 4 PLANEACION DE PROGRAMA DE INTERVENCION

NOMBRE DE LA INTERVENCION:	Pláticas educativas como intervención de enfermería en el autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2
DIRIGIDO A:	Adultos mayores de 60 años y más.
LUGAR ESPECIFICO:	Centro de Salud de Tetepango Hgo.
FECHA DE IMPLEMENTACION:	Septiembre 2017
RESPONSABLE:	Ñonthe Baxcajay Elvia
DURACION:	60 min.

II. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En cualquier momento de la vida, todos tenemos cierta perspectiva de calidad de vida. Sin embargo, cuando se presenta alguna enfermedad, la calidad de vida puede verse modificada al aparecer síntomas que dificultan o limitan la realización de las actividades cotidianas. Cuando aparece una enfermedad que se llevará por toda la vida (enfermedad crónica), se deben hacer cambios para mantener una adecuada función y dependencia. Por ejemplo, modificar hábitos de alimentación y actividad física, seguir un tratamiento con medicamentos, acudir a evaluaciones de distintos profesionales de la salud, a realizar exámenes de laboratorio, etc.

En una persona que vive con diabetes es necesario favorecer, mejorar, estructurar y mantener su calidad de vida, haciendo énfasis en las áreas en las que se puede ver afectada. Por lo tanto, se requiere de un trabajo de equipo en el que participan diferentes profesionales de la salud, el paciente y su familia. Además, es indispensable desarrollar y/o fortalecer la empatía, la responsabilidad, la cooperación y la comunicación entre todos los involucrados. Si alguno de los participantes causa disrupción, todos se ven afectados.

Se ha observado que los adultos mayores tienen diferentes niveles de deterioro, fundamentalmente ocasionados por las diferencias en la dieta, en el ejercicio diario y las maneras de afrontar los problemas y solucionarlos.

Cada adulto mayor vive cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera su calidad de vida y su percepción de ella. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida está vinculada a «la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones.

III. OBJETIVOS

- ✓ Brindar educación a pacientes con Diabetes Mellitus a través de talleres para que adquieran habilidades y conocimientos para mejorar el automanejo de su padecimiento.
- ✓ Brindar información a pacientes con Diabetes Mellitus y de esta manera prevenir complicaciones y promover un estilo de vida saludable.

IV.- CONTENIDO

AUTOCUIDADO

El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona a la persona para tener una mejor calidad de vida, autocuidado individual, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, autocuidado colectivo El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud. El personal de salud es el responsable del fomento del autocuidado en las personas, tanto con su testimonio de vida sana como con la educación, como herramienta, para que las personas puedan optar por prácticas favorables a la salud.

V.- DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS

CUIDADO

El cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

ACTIVIDAD FISICA

El término «actividad física»^{1,2} hace referencia a «cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que tiene como resultado un gasto energético que se añade al metabolismo basal». En los últimos años se ha profundizado cada vez más en el estudio de la actividad física, tanto en los efectos saludables de su práctica habitual como en la relación que su ausencia mantiene con el desarrollo, mantenimiento y agravamiento de diversas enfermedades crónicas.

ALIMENTACION SALUDABLE

La nutrición es la ciencia que tiene como objeto de estudio la relación que existe entre los alimentos y los seres vivos. En el caso de la nutrición humana los estudios se dirigen a conocer las necesidades de nutrientes que tienen el hombre y las enfermedades que se producen por la ingestión insuficiente o excesiva. También se dedica al estudio de la calidad de los alimentos

Existen enfermedades que pueden prevenirse o mejorarse con una dieta adecuada.

Las células del cuerpo requieren una nutrición adecuada para su funcionamiento normal, todos los sistemas pueden afectarse cuando hay problemas nutricionales. La nutrición adecuada es un factor fundamental para el vigor y el desempeño de una persona, y para que una persona funcione en su nivel óptimo debe consumir las cantidades adecuadas de alimentos que contengan los nutrientes esenciales para la vida humana.

A las enfermeras y enfermeros corresponde ayudar a desarrollar y conservar hábitos alimentarios y orientar cómo influye una alimentación inadecuada en la pérdida de la salud.

La alimentación es una cadena de hechos que comienza en el cultivo, selección, preparación del alimento, hasta las formas de presentación y el consumo de un grupo de ellos.

Una alimentación saludable se logra combinando varios alimentos en forma equilibrada, lo cual satisface las necesidades nutritivas para un correcto crecimiento y desarrolla las capacidades físicas e intelectuales.

Educar en el arte de comer de manera saludable y armoniosa requiere perseverancia y argumentos convincentes. El personal de enfermería tiene una gran misión que cumplir en el campo de la educación alimentaria, para lograr en los individuos, familias y poblaciones una alimentación saludable e impartir una información científica, para que comprendan la importancia de algunas prohibiciones o reducciones y el incremento de determinado alimento, que conozcan que existe una fundamentación en cada explicación dirigida a lograr el bienestar del ser humano.

El síndrome del pie diabético (PD) es una complicación fatal, comprende infección, ulceración y destrucción de tejidos profundos, asociados con neuropatía diabética (ND) y enfermedad arterial periférica (EAP), daño articular, dermatológico y de tejidos blandos. Existen extremidades diabéticas pero las alteraciones se manifiestan principalmente en el PD con incremento de la morbi - mortalidad e impacto en el sistema de salud, por lo tanto es un problema de salud pública que afecta la calidad de vida de pacientes y familias.

La educación para el autocuidado y la identificación de ND y EAP con la anamnesis y el examen físico son actividades preventivas subutilizadas, a pesar de ser intervenciones de primera línea, costo-efectivas para disminuir el riesgo de aparición de complicaciones del pie. La presencia de úlcera suele producir pérdida de la viabilidad del miembro, amputación y deterioro (funcional, psíquico y económico), convirtiéndose en la discapacidad más frecuente del diabético. Entonces, la identificación del paciente en riesgo es el primer paso, seguido de la educación al paciente y su familia para el desarrollo de actividades de autocuidado.

El cuidado de pies, considera la revisión diaria de los pies y zapatos así como el secarse adecuadamente entre los dedos de los pies.



INTERVENCION: EDUCACION PARA LA DIABETES / INTEGRACION DE GRUPO

TIEMPO DE APLICACIÓN: 1 Hora

SESION: 1

OBJETIVO: Dar a conocer temas para el cuidado del paciente con diabetes.

EDUCADOR: Ñonthe Baxcajay Elvia

TABLA N° 5 INTERVENCION PRESENTACION

CONTENIDO	FORMAS ORGANIZATIVAS	ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDACTICOS	EVALUACION	
				PRODUCTOS DE APRENDIZAJE	ACTITUDES Y VALORES
Presentación	Dinámica de grupo	Plática expositiva	Aula	Conocer el propósito que tiene el proyecto de investigación y la forma en que se trabajara.	Respeto
Integración de grupo	Dinámica de grupos	Lograr que el grupo de adultos mayores puedan conocerse mejor y puedan compartir experiencias	Sillas		Orden
					Disciplina
					Integración



INTERVENCION: EDUCACION PARA LA DIABETES / ACTIVIDAD FISICA

TIEMPO DE APLICACIÓN: 1 Hora

SESION: 2

OBJETIVO: Enseñar a los adultos a hacer ejercicios para lograr un control adecuado.

EDUCADOR: Ñonthe Baxcajay Elvia

TABLA N° 6 INTERVENCION ACTIVIDAD FISICA



CONTENIDO	FORMAS ORGANIZATIVAS	ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDACTICOS	EVALUACION	
				PRODUCTOS DE APRENDIZAJE	ACTITUDES Y VALORES
Actividad física	Dinámica de grupos	Mediante movimientos corporales	Grabadora Música Bocina	Aprender que la actividad física tiene efectos saludables lo que mantiene en ausencia diversas enfermedades crónicas	Respeto Responsabilidad Permanencia Comunicación



INTERVENCION: EDUCACIÓN PARA LA DIABETES / ALIMENTACIÓN SALUDABLE

TIEMPO DE APLICACIÓN: 1 Hora

SESION: 3

OBJETIVO: Conocer la importancia de consumir alimentos de cada grupo y bajas en Carbohidratos.

EDUCADOR: Ñonthe Baxcajay Elvia



TABLA N° 7 INTERVENCION ALIMENTACION SALUDABLE

CONTENIDO	FORMAS ORGANIZATIVAS	ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDACTICOS	EVALUACION	
				PRODUCTOS DE APRENDIZAJE	ACTITUDES Y VALORES
ALIMENTACIÓN SALUDABLE	Dinámica de grupos	Mediante preguntas previas y al final de la ponencia Explicando los grupos de alimentación Haciendo un cuestionario al final del tema	Sillas Hojas Lapiceros Lápices	Aprender la importancia de llevar a cabo una dieta equilibrada	Respeto Responsabilidad Permanencia Comunicación