



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia
Doctorado en Ciencias de la Salud

**EFFECTO DEL CUIDADO PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN EL ESTILO DE
VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE VIVE
CON DIABETES
TESIS**

Para Obtener el Grado de:
Doctora en Ciencias de la Salud

Presenta:

Mtra. Gabriela Maldonado Muñiz

Comité Tutorial

Dra. Beatriz Arana Gómez

Tutor Académico

Dra. Lucila Cárdenas Becerril

Tutor Interno

Dra. Gloria Solano Solano

Tutor Externo Tutor Externo



Toluca, Estado de México, noviembre de 2018

AGRADECIMIENTOS

Mi más grande agradecimiento a quien, con manos frágiles, mirada alegre y corazón humilde, ha tocado mi ser: a los participantes del estudio.

A mis compañeros, a mis maestros y, por supuesto a mis tutoras: ¡muchas gracias!
Los llevo en mi corazón.

Y a mi familia por creer en mí más, de lo que yo misma lo hice: ¡muchas gracias!

ÍNDICE

	No. página
1. Antecedentes.....	1
1.1 Cuidado Profesional de Enfermería	1
1.2 Disciplina de Enfermería.....	8
1.2.1 Teorías y modelos de enfermería.....	9
1.2.2 Proceso de Enfermería	18
1.3 Adulto Mayor que vive con diabetes	20
2. Planteamiento del Problema.....	37
3. Justificación	40
4. Hipótesis.....	42
5. Objetivos: General y Específicos.....	43
6. Material y Métodos	44
6.1 Diseño de estudio.....	44
6.2 Universo y muestra	44
6.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	44
6.4 Procedimientos.....	44
6.5 Variables de Estudio	47
6.6 Implicaciones Bioéticas.....	47
6.7 Recolección de Datos	48
6.8 Análisis Estadístico	48
6.9 Aspecto ético.....	49
7. Resultados.....	50
7.1. Artículo aceptado: Estilo de vida de ancianos que viven con diabetes y caracterización de diagnósticos de enfermería.....	50
7.1.1 Página frontal del manuscrito	51
7.1.2 Carta de aceptación.....	52
7.1.3 Resumen	53
7.1.4 Introducción	54

7.1.5	Métodos	55
7.1.6	Resultados.....	58
7.1.7	Análisis y Discusión.....	61
7.1.8	Conclusiones.....	64
7.1.9	Referencias bibliográficas.....	65
7.2.	Artículo enviado: Promoción de la salud en el estilo de vida del anciano que vive con diabetes	70
7.2.1	Página frontal del manuscrito	71
7.2.2	Carta de envío	72
7.2.3	Resumen	72
7.2.4	Introducción	73
7.2.5	Método.....	74
7.2.6	Resultados	77
7.2.7	Discusión.....	80
7.2.8	Conclusión.....	83
7.2.9	Referencias.....	83
8.	Discusión General	88
9.	Conclusiones Generales.....	93
9.1.	Conclusiones.....	95
9.2.	Limitaciones	94
9.3.	Recomendaciones.....	94
10.	Referencias Bibliográficas	95
11.	Anexos.....	111
11.1.	Consentimiento Informado.	112
11.2.	Cuestionario de factores personales biológicos y socioeconómicos.....	113
11.3.	Cuestionario IMEVID.	114
11.4.	Programa de promoción de la salud.	116
11.5.	Cronograma de temas impartidos en el grupo CEAPS.....	121
11.6.	Cronograma de temas impartidos en el grupo de la Casa del Adulto mayor.....	122

Votos aprobatorios



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia

Doctorado en Ciencias de la Salud

Fecha: 19 de octubre de 2018

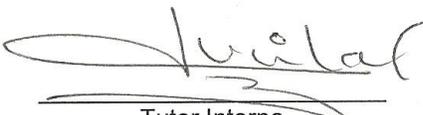
DICTAMEN DE VOTOS APROBATORIOS TESIS

Los docentes que integran el **COMITÉ DE TUTORES** de la maestra: **Gabriela Maldonado** Muñiz, egresada del programa del Doctorado en Ciencias de la Salud de la generación 2014B–2017A, quien realizó el trabajo de tesis titulado: **“Efecto del cuidado profesional de enfermería en el estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes”**, bajo la Tutoría Académica de la Dra. Beatriz Arana Gómez, ha sido dirigido, revisado y discutido, por lo que se ha considerado **DICTAMINARLO COMO APROBADO**, ya que reúne los requisitos que exige el Artículo 75 del Reglamento de Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

“2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México”


Tutor Académico
Dra. Beatriz Arana Gómez


Tutor Interno
Dra. Lucila Cárdenas Becerril


Tutor Externo
Dra. Gloria Solano Solano

Paseo Tollocan s/n esq. Jesús Carranza
col. Moderna de la Cruz. C.P. 50180
Toluca, Estado de México
Tel. (722) 2706270 / 2702357
feyo@uaemex.mx



1. Antecedentes:

1.1 Cuidado Profesional de Enfermería

El cuidado es el objeto de estudio de la enfermería, es una palabra que todas las personas conocemos, y por la cotidianidad pocas veces nos detenemos a definirlo, razón por la que se describirá desde su origen, conceptualización, la diferencia entre cuidado y cuidado profesional de enfermería, bajo diferentes perspectivas, lo que da lugar a la ciencia del cuidado, fundamentada en los modelos y teorías, e implementada mediante el proceso de enfermería, método para otorgar el cuidado.

Colliere ha definido cuidar como una necesidad imperiosa de todas las especies vivientes; en la historia se dibuja en torno a dos grandes ejes que han engendrado dos grandes orientaciones: asegurar la continuidad de la vida y hacer retroceder la muerte (Colliere, 1996: 9).

Etimológicamente, el término cuidado proviene del latín cogitare que implica: pensar, reflexionar respecto a una preocupación por un problema pasado, presente o futuro. Por otra parte, cura (cuidado) es el término mencionado en la “Fábula del hombre y el mundo” de Higinio; también es derivado del latín y es tanto sustantivo (cura, curae) como el imperativo del verbo curare (cura; curate), el grupo léxico ha mantenido los significados de cuidar y cuidado. Para Heidegger la “cura” tiene un doble significado: “hingable”: entrega, y “sorgen”: cuidado; así, más que un acto, el cuidado es una actitud de preocupación, responsabilidad y afecto hacia el otro (Siles y Solano, 2007: 23; Boff, 2008: 14).

La noción de “cuidado” implica un aspecto antropológico: la dignidad humana es un todo complejo. El cuidado es una categoría mental que cuando se busca encontrar su lugar, se descubre que no está en ninguno de ellos. Es de un modo semejante a la categoría del pensar (Gómez, 2018: 202).

El cuidado ha permeado el pensamiento filosófico de todos los tiempos; desde la construcción de la naturaleza del ser y su relación con el mundo, con la historia, con los demás y consigo mismo. El cuidado implica el análisis ético ontológico de su ser y su hacer en la cultura, como fenómeno consustancial del ser persona que en su unicidad se reconoce responsable de su propio cuidado y por ende el cuidado de otros y con otros. El cuidado ético se manifiesta como un acto de vida y libertad en todos los seres humanos, es prerequisite en el desarrollo positivo de las personas a través del bien, ya que la práctica moral exige un pensamiento reflexivo de la ontología de la enfermería. El valor del cuidado se vive cuando aumenta o devuelve la esperanza de existir y de alcanzar la autonomía, y permite a la enfermera dimensionar ese poder terapéutico que tiene para sí misma y para los demás (Rodríguez et al., 2014: 152-153).

El significado de cuidado envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto (Báez et al., 2009: 133). El cuidado siempre ha estado presente porque es necesario; forma parte de la totalidad del ser y de la espiritualidad, ya que se relaciona con obligaciones de carácter moral con uno mismo y los demás, con principios éticos y exigencias del ambiente externo (Ortega et al., 2016: 12).

El cuidado es un fenómeno abstracto y/o concreto, Leininger ha definido el cuidado como aquellas experiencias o ideas de apoyo a los demás, se refiere a acciones, actitudes y prácticas para ayudar a otros a alcanzar la curación y el bienestar (McFarland y Wehbe-Alamah, 2014: 9); tiene dos dimensiones: una inmersa en la cultura, con sus prácticas individuales y colectivas; y la otra, la moral, que asigna al cuidado un valor, un bien, que legitima el actuar (Urra et al., 2011: 12), categorizado también como el cuidado genérico y el cuidado profesional (McFarland y Wehbe-Alamah, 2014: 9).

El cuidado genérico se refiere al conocimiento y las prácticas populares aprendidas y transmitidas, indígenas, tradicionales o locales para proporcionar

ayuda, apoyo y facilitación a otros con necesidades de salud evidentes o anticipadas con el fin de mejorar el bienestar o ayudar en el proceso de la muerte, u otras condiciones humanas (McFarland y Wehbe-Alamah, 2014: 14); también ha sido definido por Mayeroff como cuidado primario cuando es otorgado de los padres a los hijos con un sentido de responsabilidad y amor, con una reciprocidad de amor, por parte del niño; mientras que en el cuidado profesional no hay una obligación de amor por parte de la persona receptora del cuidado (Swanson, 1991: 11); en la cultura mexicana generalmente es proporcionado por la madre y abuela.

El cuidado en el cuidado profesional de enfermería, se diferencia de otros cuidados también profesionales, que no son de enfermería, y de los cuidados informales, ya que considera además de la acción (prestación de cuidados), también la solicitud, la compasión, la disponibilidad, de forma dirigida, intencional, organizada e integrada (Pina, 2015: 145); el cuidado profesional ha sido identificado como el objeto de estudio de la profesión de enfermería (Cárdenas et al., 2018: 121, 123).

El significado de cuidado en el profesional de enfermería se construye a través de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes que se realiza con la persona, por lo que se hace necesario que enfermería comprenda que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto (Báez, 2009: 133).

El cuidado profesional de enfermería se define, como: la esencia de la disciplina, tiene como fin el cuidado integral del paciente en condiciones de salud y enfermedad, mediante acciones de cuidado y enseñanza en el mantenimiento y conservación de la vida, con conocimientos científicos y humanísticos que permiten mantener el bienestar del ser (García, 2011: 79); el cuidado está constituido por el conjunto de intervenciones surgidas de la interrelación con el sujeto de cuidado, basadas en el conocimiento científico, técnico y disciplinar, dirigidas a mantener o recuperar la salud, prevenir la enfermedad y sus

complicaciones o a favorecer la calidad de vida de quienes participan recíprocamente en esta relación de proximidad (Cabal y Guarnizo, 2011: 78).

El cuidado profesional de enfermería tiene dos componentes: pensar y actuar, que van acordes a la formación que puede ser en diversas corrientes de pensamiento, historia de vida y experiencias previas del profesional.

Desde la corriente del humanismo, el cuidado profesional de enfermería es llamado “cuidado humano” o “cuidado humanista”, se fundamenta en el holismo donde la espiritualidad de uno mismo y de los demás son reconocidos en un contexto sociohistórico y cultural que le son inherentes y le dan sentido y significado (Rodríguez, 2014: 153); ve al individuo como un “ser-persona” en toda su dimensión, con su historia de vida y experiencias propias, con igualdad de oportunidades, que deja de lado las líneas jerárquicas que suelen caracterizar las conductas en salud, mediante el cual se establece una fuerte relación entre el profesional de enfermería y la persona de cuidado, fundada en el diálogo, la empatía, afectividad y respeto en la toma de decisiones mutuas (Riquelme, 2012: 11).

El cuidado es el fenómeno resultante del proceso de cuidar, el cual debe resultar en crecimiento y ocurre independientemente de la curación. Waldow definió el cuidado en enfermería como “todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que le son pertinentes, o sea, aseguradas por derecho, y desarrolladas con competencia para favorecer las potencialidades de las personas a quienes se cuidan (incluyendo su familia), para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir”. Por competencia se entiende todas las cualidades necesarias al desarrollo de las actividades de enfermería traducidas en conocimiento, habilidades y destreza manual, creatividad, sensibilidad, pensamiento crítico, juicio y capacidad de toma de decisiones (Waldow, 2014: 238).

El cuidado no se trata solo de acciones expresivas realizadas con competencia, seguridad, responsabilidad y habilidad, sino que las acciones de orden técnico desde de la terapéutica médica, son necesarias y de extrema relevancia; todas las actividades o procedimientos terapéuticos deben estar acompañados de comportamientos de cuidar. Algunos de los comportamientos y actitudes son: respeto, gentileza, consideración, interés, disponibilidad, solicitud, y ofrecimiento de apoyo, seguridad, confianza y solidaridad. Las personas, en general se sienten seguros al recibir un cuidado realizado con competencia y habilidad, pero acompañado de comprensión; con toques amables, respetuosos. Para que el cuidado se concrete, las personas deben sentir confianza y seguridad en el cuidador o cuidadora, además de ser respetados como seres humanos y no como objetos (Waldow, 2014: 238).

Watson reconoce que el cuidado humano es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional de enfermería que en sus características es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas; así mismo afirma que el cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas, el cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar, las respuestas derivadas del cuidar aceptan a la persona, no sólo tal y como es, sino también como puede llegar a ser, el cuidado promueve el desarrollo del potencial que permite a la persona elegir la mejor opción en un momento preciso, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa y la práctica del cuidado es central en la enfermería (Urra et al., 2011: 13; Zavala et al., 2014: 134).

Estos supuestos amplían el concepto de cuidado, que implica trascender en la práctica de enfermería, son las cuestiones técnicas y humanas que se dan en el momento del cuidado y que permiten un crecimiento exponencial en la persona, el profesional de enfermería y la ciencia del cuidado.

Para Swanson cuidado es una forma sustentadora de relacionarse con otro ser humano valioso hacia quien uno tiene un sentimiento personal de compromiso y responsabilidad. El cuidado consiste en cinco categorías o procesos que son: conocer, estar con, hacer por, capacitar y mantener la confianza. Estas categorías de cuidado incluyen tanto habilidades técnicas con bases científicas como habilidades humanas en el proceso de cuidar, aun cuando cada una de éstas se presenta separadamente, las categorías no son mutuamente excluyentes (Swanson, 1991: 11; Swanson, 1993: 5).

En este contexto, el cuidado no es una reducción cosificante de la persona a un conjunto de signos y síntomas o una serie de respuestas humanas a la enfermedad; al contrario, el cuidado transpersonal reclama un lugar preponderante para la intersubjetividad entre la enfermera y la persona con base en la creencia que nosotros aprendemos uno de otro identificándose con los demás o reconociendo sus dilemas en el interior y obteniendo como resultado un mayor autoconocimiento (Pinto, 2006: 85).

Desde la perspectiva fenomenológica y dialéctica, el cuidado profesional de enfermería es conceptualizado como “cuidado comprensivo”, considerado como proceso, se desarrolla como relación dialógica entre dos seres humanos, el profesional de enfermería y la persona que requiere de cuidados de su salud, que están activamente preocupados e interesados en la preservación y desarrollo de su vida, tal como se manifiesta en las necesidades expresadas o develadas en un proceso de diálogo. El cuidado comprensivo es relacional y valora profundamente el diálogo para acompañar los procesos de transformación que se desencadenan, tanto en las enfermeras, como en los que necesitan de su cuidado (Rivera y

Herrera, 2006: 162), lo que establece la relación del profesional de enfermería y la persona de cuidado.

Desde otro punto de vista, el cuidado profesional de enfermería, nombrado como “cuidado experto”, libera y facilita de tal forma que el cuidado es enriquecido en el proceso. La instrumentación, el lenguaje, el análisis costo-beneficio, el intercambio social, el auto-interés, y todo el lenguaje del ser autónomo de posesión, se pierde en la relación de la persona constituida por preocupaciones y relaciones humanas, por lo que Benner afirma que el conocimiento es peligroso si se aleja del cuidado. (Benner y Wrubel, 1989: 28).

En el aspecto técnico de las ciencias de la salud, el cuidado profesional de enfermería se refiere al conocimiento y las prácticas de cuidado profesional cognitivo formal y explícito aprendido para que los profesionales de enfermería proporcionen actos de apoyo o de facilitación para otra persona o grupo, con el fin de mejorar su salud, prevenir enfermedades o ayudar a morir u otras afecciones humanas (Leininger y McFarland, 2006: 5; McFarland y Wehbe-Alamah, 2014: 14); del mismo modo puede ser entendido como la capacidad de aplicar tecnologías, técnicas, procedimientos, maquinarias, acciones o sencillamente hacer cosas a favor del estado de salud de nuestros pacientes, en algunos casos se relaciona con el proceso salud y enfermedad (Riquelme, 2012: 9).

No obstante, se presume que el cuidado es una ciencia y un arte que exige conocimientos y actitudes especiales, ofrece la oportunidad de ampliar la conciencia ante una realidad aparente de cada ser humano, en un momento desencadenante y multidisciplinar (Cárdenas et al., 2018: 121, 123); por lo que los profesionales de enfermería tienen el desafío de generar sus propios conocimientos a través de la investigación y construir su realidad desde su propia perspectiva, es decir, su práctica y objeto disciplinar, que es el cuidado. (Triviño y Sanhueza, 2005: 20).

En ese sentido, se ha establecido para el presente trabajo la siguiente definición:

Cuidado profesional de enfermería: es el acompañamiento de la persona, brindando amor, seguridad y confianza en situaciones de salud o enfermedad; se otorga mediante el proceso de enfermería, con apoyo de modelos y teorías de enfermería, con la finalidad de potencializar el desarrollo humano, considerando sus valores y creencias, así como el aspecto espiritual.

1.2 Disciplina de Enfermería

La cosmovisión del cuidado debe contemplar los aspectos socioculturales, los valores, las creencias, los modelos de vida y las diferentes concepciones de la salud y enfermedad; por ello es necesario un modelo específico, marcadamente humanístico, con una cierta flexibilidad metodológica y que esté fundamentado en la comprensión y la interpretación de los hechos individuales de cada sujeto (Echeverría, 2016: 78).

La enfermería es una disciplina científica con un campo de conocimiento y de actuación propio: el cuidado (Martínez y Chamorro, 2017: 143); como disciplina reúne tres requisitos indispensables y exigibles a toda ciencia: un cuerpo de conocimientos propio a través de las teorías y modelos, aplica el método científico siguiendo el proceso de enfermería y, por último, dispone de un lenguaje científico común (Echeverría, 2016: 4).

La enfermería de hoy tiene una sólida base de conocimientos que incluye el holismo de las personas, los procesos, el medio ambiente y la salud. El objetivo del compromiso social de la enfermería es contribuir a la salud centrándose en los procesos de vida de las personas en sus entornos (Roy, 2009: 5). Además, los profesionales de enfermería utilizan las teorías para organizar su cuerpo de conocimiento y establecer lo que se conoce acerca de un fenómeno (Grove, Gray y Burns, 2015: 189).

1.2.1 Teorías y modelos de enfermería

La teoría es esencial para la investigación porque se trata de la inspiración inicial para desarrollar un estudio (Burns y Grove, 2012: 235). La teoría de la enfermería se define como la comunicación de una conceptualización de algún aspecto de la realidad de la enfermería, con el propósito de describir un fenómeno, explicar las relaciones entre fenómenos, predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería; son los depósitos donde reposan los resultados de la indagación relacionada con conceptos de enfermería, tales como salud, promoción de salud, comodidad, sanar, recuperación, movilidad, descanso, cuidado, fatiga, ayudar a ser capaz de, cuidado familiar, entre otras (Durán, 2002: 13).

Las teorías iniciales comenzaron sus formulaciones teóricas, con problemas persistentes basados en la experiencia, observación y reflexión en relación con la organización de los planes de estudios de enfermería y la naturaleza de los conocimientos sustantivos que deben incluirse en los cursos de enfermería (Meleis, 2012: 382-383); en las últimas décadas se observa un desarrollo teórico hacia los cuidados, en que destacan los pensamientos de Rogers, Leininger, Parse, Pender, Newman, entre otras (Urra, 2011: 12).

Los modelos se van construyendo mediante las teorías, es la representación simbólica de un fenómeno, puede decirse que muestran qué es la enfermería y a la vez permiten llegar a desarrollar, a aumentar y a modificar su contenido disciplinar (Cárdenas et al., 2010: 146,151).

La implementación de modelos y teorías de enfermería favorece la calidad del servicio institucional, la capacitación de enfermería, la investigación en atención y la construcción de políticas públicas. Es necesario evaluar el efecto de esta implementación, a través de los indicadores de dichos modelos, y documentar este proceso en un esfuerzo por apoyar el desarrollo del conocimiento y la práctica de la enfermería (Carvajal y Sánchez, 2018: 157).

Para fundamentar el cuidado profesional de enfermería dirigido al adulto mayor que vive con diabetes se seleccionó el modelo de Promoción de la Salud, que guía a la modificación de conductas hacia un estilo de vida saludable, disminuyendo o retrasando las complicaciones de la enfermedad, con la finalidad de impactar a largo plazo en la calidad de vida de la persona.

El Modelo de promoción de la Salud de Nola J. Pender (se presenta en la figura No. 1), fue desarrollado en 1982 y revisado por última vez en 2006 (Burns y Grove, 2012: 243); está inspirado en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y en el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather; es similar a la construcción del modelo de creencia en la salud de Becker (Sakraida, 2011: 436-437).

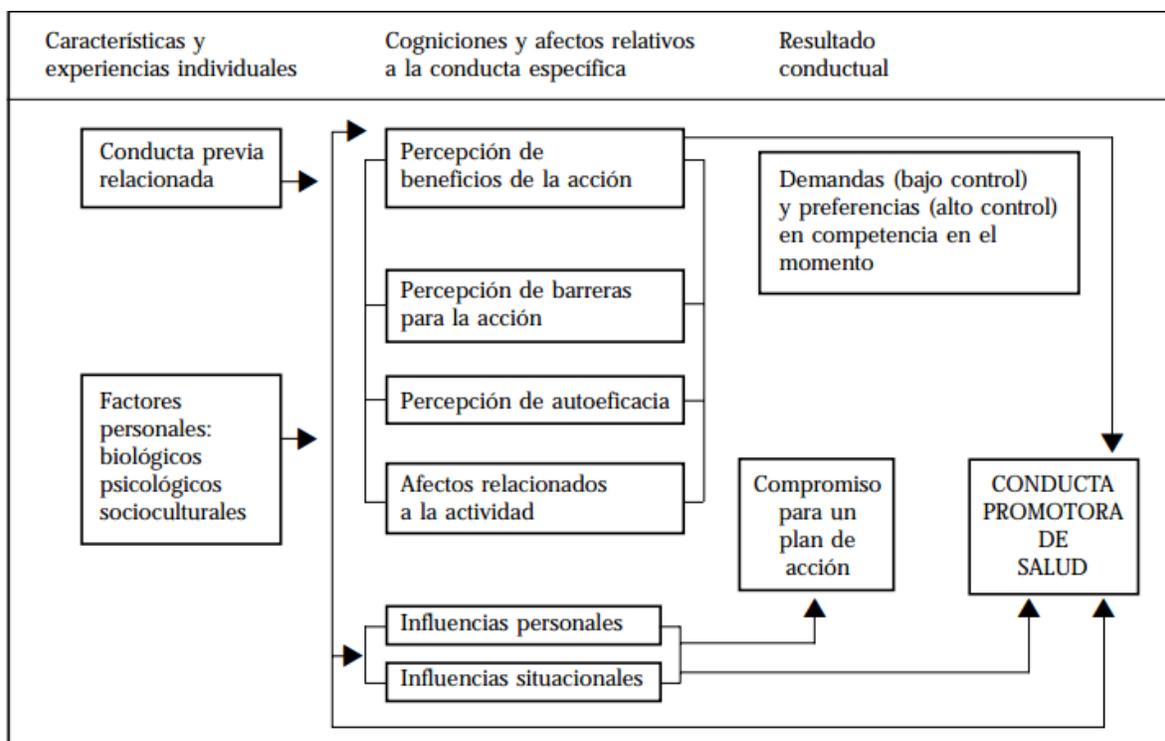


Figura No. 1 Modelo de Promoción de la Salud (Giraldo et al., 2010: 136).

Los elementos del metaparadigma de enfermería, establecidos por las teóricas de enfermería son persona, medios ambiente, enfermería (cuidado) y salud. A continuación se definen estos conceptos de acuerdo a la filosofía de Pender.

La **persona** es un ser biopsicosocial que forma parte del medio ambiente, que busca crear un ambiente en el cual el potencial inherente y adquirido del ser humano puede expresarse plenamente. Por lo tanto, la relación entre la persona y el medio ambiente es recíproca. Las características individuales, así como las experiencias de vida muestran comportamientos que incluyen la conducta de salud.

El **medio ambiente** es el contexto social, cultural y físico en el que se desarrolla el curso de la vida. El medio ambiente puede ser manipulado por el individuo para crear un contexto positivo de señales y facilitadores de comportamientos que favorezcan la salud.

La **enfermería** es la colaboración con individuos, familias y comunidades para crear condiciones más favorables para la expresión de salud óptima y de alto nivel de bienestar.

Salud en referencia al individuo se define como la actualización del potencial humano inherente y adquirido a través del comportamiento dirigido a un objetivo, competencias de auto-cuidado, y relaciones interpersonales satisfactorias, mientras se realizan ajustes según sea necesario para mantener integridad estructural y la armonía con el medio ambiente. La salud es una experiencia de vida.

Pender agrega el término **enfermedades** y los describe como eventos discretos a lo largo de la vida, se presentan de forma aguda o crónica, lo que puede dificultar o facilitar la propia búsqueda de la salud (Pender, 2011:3).

A continuación se presentan los conceptos que Pender utiliza y relaciona en el Modelo de Promoción de la Salud. En las características y las experiencias individuales que afectan a las acciones de salud se encuentran la conducta previa relacionada y los factores personales.

Conducta previa relacionada: Es la frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. Incluye el estilo de vida.

Estilo de vida son actividades libres con un impacto significativo sobre el estado de salud, y que forman parte de un patrón diario. (Pender et al., 2006: 112); es la conducta o el hábito que posee el ser humano, que unas veces es saludable y en otras ocasiones es nociva, lo cual le permite tener salud o enfermedad. La práctica de un estilo de vida saludable permitirá a la población tener una adecuada calidad de vida. El estilo de vida de las personas determinará el que enfermen o permanezcan sanas, y en caso de que enfermen, su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad en que ésta se produzca (Saltos, 2012: 10).

Las dimensiones del estilo de vida son Nutrición, Actividad física, Consumo de tabaco y de alcohol, Información sobre diabetes, Emociones y Adherencia terapéutica (López et al., 2003: 264).

Factores personales: Categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta.

- Factores personales biológicos, circunscribe aspectos como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.
- Factores personales psicológicos, incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud (Sakraida, 2011: 438).

- Factores personales socioculturales, contienen elementos como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona. En los conocimientos específicos de la conducta y del afecto relacionado con la conducta se encuentran los beneficios y las barreras percibidas de acción, la autoeficacia percibida, el afecto relacionado con la actividad, las influencias interpersonales y situacionales. Éstas variables están consideradas como de mayor importancia motivacional y son modificables mediante las acciones de enfermería.

Beneficios percibidos de acción, son los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud; proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla (Aristizabal et al., 2011: 19; Sakraida, 2011: 438).

Barreras percibidas de acción, se refiere a los bloqueos anticipados, imaginados o reales y costos personales de la adopción de una conducta determinada, pueden ser personales, interpersonales o ambientales. En este punto la promoción de la salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo que permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que faciliten cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el propósito de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social (Giraldo et al., 2010: 134; Sakraida, 2011: 438).

Autoeficacia percibida, es el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar una determinada acción, es un juicio de habilidades de uno mismo para lograr un cierto nivel de rendimiento, mientras que la expectativa de resultado es un juicio de las posibles consecuencias (beneficios, costos) que tal comportamiento producirá. En otras palabras la autoeficacia percibida, representa

la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta, tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud (Aristizabal et al., 2011: 19; Sakraida, 2011: 438).

Afecto relacionado con la actividad, se refiere a los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo. Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población (Giraldo et al., 2010: 134; Sakraida, 2011: 438).

Influencias interpersonales, son los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás; incluyen normas, apoyo social y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular), las fuentes primarias son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

Influencias situacionales, son las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta; incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas promotoras de la salud (Sakraida, 2011: 438).

El resultado conductual esperado a partir del Modelo de Promoción de la Salud, está determinado por el compromiso hacia un plan de acción, el cual puede desviarse por las demandas y preferencias contrarias inmediatas en cada persona, que actúan como barreras para la acción, entendidas éstas como bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costos personales de la adopción de una conducta determinada (Giraldo et al., 2010: 134).

Compromiso con un plan de acción, es el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.

Demandas contrapuestas inmediatas, son conductas alternativas mediante las cuales las personas tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia.

Preferencias contrapuestas inmediatas, son conductas alternativas mediante las cuales las personas poseen un control relativamente alto.

Conducta promotora de salud, se refiere al punto diana o al resultado de la acción, es una expresión humana dirigida hacia el bienestar óptimo, la realización personal y la vida productiva, así mismo, es un aspecto de la valoración individual de la persona receptora del cuidado (Sakraida, 2011: 439; Pender et al., 2006: 112).

Supuestos

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, que es la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Los supuestos son parte de la filosofía del Modelo y se presentan a continuación:

- Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
- Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
- Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
- Las personas buscan regular de forma activa su propia conducta.
- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biosicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.
- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta (Pender et al., 2006).

Afirmaciones teóricas

Pender presenta catorce afirmaciones teóricas derivadas del modelo, que ayudan a comprender la relación entre los conceptos y la forma de implementar la promoción de la salud, se especifican a continuación:

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
2. Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados, valorados de forma personal.
3. Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta.
4. La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.

5. La mayor autoeficacia percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
6. El afecto positivo hacia una conducta lleva a una mayor autoeficacia percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
8. Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando las personas importantes para modelan su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
9. Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
10. Las influencias situacionales en el entorno externo pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.
11. Cuanto mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a largo tiempo.
12. El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.
13. Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.
14. Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud (Pender et al., 2006; Sakruda, 2011: 442).

Los conceptos, los supuestos y las afirmaciones teóricas son la base para la implementación de la Promoción de la Salud, con la que se pretende modificar las conductas del estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes. La definición de los conceptos permite la interpretación y aplicación del Modelo de Promoción

de la Salud. Por otra parte, los supuestos expresan la forma de ver a la persona, Pender visualiza a la persona como busca crear su potencial de la salud humana, con autoconciencia reflexiva, regulando de forma activa su conducta en búsqueda de la estabilidad y equilibrio.

Las afirmaciones teóricas explican la relación entre los conceptos del Modelo de Promoción de la Salud, de esta forma se puede entender que la conducta previa, en esta investigación señalada como el estilo de vida (nutrición, actividad física, consumo de alcohol y tabaco, manejo de emociones y adherencia al tratamiento) y las características heredadas influyen en las conductas de promoción de la salud, para lo cual las personas se comprometen a modificarlas con base en los beneficios percibidos de la modificación de conductas del estilo de vida, que sería el control de la enfermedad. Al mismo tiempo, es trascendental considerar las barreras percibidas para la modificación del estilo de vida, así como la autoeficacia para eliminar dichas barreras y lograr las metas establecidas en un compromiso para el plan de acción. Para Pender, las influencias interpersonales y situacionales son determinantes en la modificación del estilo de vida, por lo que se deben considerar al momento de planear y evaluar la intervención.

1.2.2 Proceso de enfermería

El proceso de enfermería es la metodología para la obtención del conocimiento, es la aplicación del método científico, el método clínico y la intervención para la solución de problemas en enfermería, facilita al profesional de enfermería el brindar cuidados de forma holística, sistemática y racional logrando la satisfacción del paciente como ser holístico, único y complejo.

Desde el punto de vista epistémico, el proceso de enfermería consiste en una interacción entre la persona y el personal de enfermería, donde éste último utiliza las opiniones, conocimientos y habilidades para elaborar un diagnóstico de enfermería y a partir de él elaborar un programa de cuidados; tiene dos objetivos

primordiales: unificar criterios para la atención del individuo y enriquecer el desarrollo de la práctica de enfermería; se desarrolla mediante cinco fases: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación (Cárdenas et al. 2018: 111).

Se puede definir el proceso de enfermería, como método sistemático, interactivo, humanista, intencionado, dinámico y flexible basado en teorías y modelos de enfermería; para diagnosticar y proporcionar cuidados holísticos individualizados de forma racional, lógica y sistemática con base en las respuestas humanas (Díaz, 2013: 32).

La aplicación del proceso de enfermería, requiere conocimientos, habilidades y pensamiento reflexivo y crítico; el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión; del mismo modo, discernimiento de las ciencias básicas, como la morfo-fisio-patología, la psicología y las ciencias sociales; las habilidades, se crean y fortalecen en el proceso formativo del profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales; y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva (Reina, 2010: 19).

Adicionalmente, se requiere un lenguaje disciplinar para el desarrollo del proceso de enfermería en la práctica asistencial, desde la valoración de la persona, la formulación de los diagnósticos de enfermería basada en esta valoración utilizando la taxonomía NANDA International, y la planificación de los cuidados planteando resultados de enfermería de la taxonomía NOC e intervenciones de la taxonomía NIC, hasta lograr la consecución de estos resultados, la puesta en práctica de los cuidados planificados y la evaluación de todo plan (Echeverría, 2016: 203).

El lenguaje de enfermería proporciona conceptos y definiciones claras de los fenómenos de enfermería, mejoran la calidad de la atención al permitir que las enfermeras y otros profesionales puedan utilizar los mismos términos para describir los problemas de los pacientes, y facilitan la investigación sobre los cuidados (Echeverría, 2016: 28); así mismo, favorece el desarrollo del conocimiento de enfermería, permite el registro electrónico, proporciona información al sistemas de salud y facilita la toma de decisiones clínicas a los estudiantes de enfermería (Johnson, 2007: 3).

1.3 Adulto Mayor que vive con diabetes

Las proyecciones indican que la población mundial está envejeciendo rápidamente, entre 2015 y 2050, pasará de 900 millones hasta 2000 millones de personas con más de 60 años de edad, lo que representa un aumento del 12% al 22% (OMS, 2015).

La transición epidemiológica conlleva una transformación profunda en el significado social de la enfermedad, de ser un proceso agudo y transitorio, que se resuelve ya sea con la curación o con la muerte, el padecimiento llega a constituirse en un estatus crónico, frecuentemente estigmatizado, en el que la carga psicológica, social y económica se acrecienta. En un país como México, los factores psicológicos, sociales y económicos que acompañan al panorama de una mortalidad descendente junto con una morbilidad creciente en los adultos mayores, constituyen características altamente heterogéneas entre grupos sociales y regiones del país cuyas condiciones varían de manera importante no sólo durante la vejez sino a lo largo de la vida (Torres, 2010: 13).

La vejez es una de las etapas de la vida: la última, donde el ser humano ha alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo; ha llegado a la madurez total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados. Se podría afirmar entonces que la vejez es

un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más global: el envejecimiento. Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos. La vejez es la etapa de la vida en que los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes (Alvarado y Salazar, 2014: 59).

Cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente. Entre los signos que determinan el envejecimiento de las personas se tienen:

- La edad física: cambios físicos y biológicos que se presentan a distintos ritmos, mismos que dependen del sexo, lugar de residencia, economía, cultura, alimentación, tipo de actividades desarrolladas y emociones.
- La edad psicológica: cambios en las emociones, sentimientos, pensamientos y el significado que para cada persona tiene la vejez. Adicionalmente se presentan cambios en los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje.
- La edad social: relacionada con los significados de la vejez, diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura y su organización social (INAPAM, 2015: 1).

Este proceso de envejecimiento de la población, unido a cambios de tipo económico, tecnológico, político, cultural y biológico, ha determinado que los patrones de salud y enfermedad se transformen continuamente. El paso de las enfermedades infecciosas comunes a las no transmisibles, las lesiones y los padecimientos mentales ha sido una de las principales características que se hacen evidentes en la población envejecida donde no sólo influyen las condiciones actuales del adulto mayor, sino también su exposición a factores de riesgo durante etapas anteriores. El aumento en la duración de los males crónicos y la presencia de medidas paliativas, que disminuyen la mortalidad, han llevado a un incremento

de la prevalencia de las enfermedades y como consecuencia de la discapacidad asociada (Torres, 2010: 13).

Por lo anterior, el proceso de envejecimiento no debe ser visto solo desde el punto de vista cronológico, sino que deben tenerse en cuenta los factores personales y ambientales que influyen en él; es un proceso inherente a la vida humana, el cual constituye una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él. Se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana. Es un proceso complejo, donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social, entre otros (Alvarado y Salazar, 2014). Se ha explicado el proceso de envejecimiento desde diferentes perspectivas por lo que a continuación se muestran algunas teorías:

La mayor parte de las *teorías sobre el envejecimiento biológico* caen en dos categorías: *Teorías de programación genética*: De acuerdo a la teoría de la senectud programada, el envejecimiento es el resultado de la conexión y desconexión en secuencia de ciertos genes. Mientras que la teoría endócrina afirma que las hormonas controlan el envejecimiento, la teoría inmunológica menciona que es el sistema inmunológico que da lugar a la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas y por ende al envejecimiento y la muerte. Por otra parte la teoría evolutiva describe que el envejecimiento es un rasgo evolucionado que permite que los miembros de una especie vivan sólo el tiempo suficiente para reproducirse.

Y las *Teorías de tasa variable*: La teoría del desgaste establece que las partes vitales de células y tejidos se desgastan, dando lugar al envejecimiento, así mismo la teoría de radicales libres menciona que el daño acumulado por los radicales del oxígeno hace que dejen de funcionar las células, y a la larga los órganos. De modo similar, la teoría de la tasa de metabolismo explica que entre mayor sea la tasa del metabolismo del organismo, más corto es su ciclo de vida. Mientras que la

teoría autoinmune del envejecimiento dice que el sistema inmunológico se confunde y ataca sus propias células corporales (Papalia, 2010: 555-556).

Las teorías psicológicas se han centrado en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo del proceso de envejecimiento. La teoría del desarrollo de Erikson plantea la etapa de la vejez desde los 65 años en adelante, contemplando factores individuales y culturales, menciona que la crisis esencial es integridad frente a desesperación, donde las principales virtudes son la prudencia y la sabiduría. Otra teoría es la de "continuidad", la cual afirma que no existe ruptura radical entre la edad adulta y la tercera edad: se basa en el paso a la vejez, es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida. La personalidad y el sistema de valores se mantienen prácticamente intactos. Al envejecer las personas aprenden a utilizar estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar favorablemente ante las dificultades de la vida (Alvarado y Salazar, 2014). La teoría del desarrollo argumenta y explica el envejecimiento desde el deterioro de los procesos cognitivos; la teoría de la adaptación desde la interdependencia entre la persona y el medio (Fernández y Ponce, 2013).

Las teorías sociales tratan de comprender y predecir la adaptación satisfactoria de los adultos mayores en la sociedad. Entre ellas están: la teoría de la desvinculación o la de la disociación, las cuales consideran que el retirarse de la interacción social constituye una forma de adaptación natural a la vejez. El adulto mayor aumenta su preocupación por sí mismo, disminuyendo el interés emocional por los demás, acepta con agrado su retiro y contribuye voluntariamente a él. Por otro lado, la teoría de la actividad afirma que un alto grado de participación es la clave para lograr un buen envejecimiento y autorrealización; quienes viven esto tienen más capacidad de adaptación y están más satisfechos con la vida; la teoría de la continuidad plantea que el comportamiento de la población adulta mayor está determinado por su estilo de vida previo, hábitos y gustos desarrollados en etapas anteriores de la vida (Belandó, 2007: 78-79; Papalia, 2010: 592).

La sociedad establece el límite a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada, aunque sin excepciones, la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy vinculada con la edad fisiológica, y tiene relación directa con las definiciones normativas que en la cultura se otorga a los cambios ocurridos en el cuerpo, es decir, la edad social (Huenchuan, 2011).

El adulto mayor es una persona con 60 años o más de edad, es una etapa que conlleva significados, estructuras, obligaciones y relaciones; se caracteriza por pérdidas de capacidades funcionales, de recursos, de oportunidades, de plenitud, ésta situación conlleva un grado de dependencia a la familia, a los servicios públicos de salud o programas de bienestar social (Izquierdo, 2005: 617; Torres, 2010: 9, 71).

En México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) informa que en el año 2017 residían 12,973,411 personas de 60 y más años en el país, 53.9% mujeres y 46.1% hombres. Cabe señalar que una cuarta parte de los adultos mayores (24.3%) tenía residencia en localidades menores de 2 500 habitantes (INEGI, 2017: 1).

La población de adultos mayores representa 10.1% del total de la población rural y 8.6% de la población urbana. Las personas adultas mayores residen en su mayoría en hogares familiares: la mitad de los hombres (49.7%) en nucleares; 38.1% en ampliados y 1.7% en compuestos. 37.9 % de las mujeres viven en nucleares y 47% en hogares ampliados; su presencia en hogares compuestos es similar a la de los hombres adultos mayores. Sin embargo, un 12% de las mujeres y 9.2% de los hombres adultos mayores viven solos (INAPAM, 2015: 7, 9).

El estado conyugal que predomina entre las personas adultas mayores es la unión en pareja, ya sea en matrimonio o en unión libre; la viudez ocupa un lugar importante entre las personas de edad avanzada y se observa que el porcentaje de viudas casi triplica al de viudos, 37.9% de ellas y 13.7% de ellos. Ello tiene

explicación en la mayor sobrevivencia de las mujeres, y por otro lado, a que ellos en mayor medida que ellas, se vuelven a casar en caso de haber enviudado (INAPAM, 2015:10).

Según datos censales de 2010, el promedio de escolaridad de la población adulta mayor se estimó en 4.6 años, que no cubren ni la educación básica, que para esas generaciones abarcaba solo la primaria. La participación en actividades económicas se reduce conforme aumenta la edad, la actividad más frecuente es el trabajo no remunerado; 62.8% de ellas se dedican a los quehaceres domésticos, actividad que muy probablemente han desarrollado toda su vida, y la cual realiza solamente 8.0% de los hombres. Únicamente 8.7% de las mujeres adultas mayores está pensionada o jubilada, o recibe pensión por viudez, situación en la que se encuentra una cuarta parte de los hombres (INAPAM, 2015: 12).

De acuerdo con la información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2016, del total de adultos mayores, 6.7% recibe remesas, 28.8% recibe donativos de otros hogares e instituciones públicas, mientras que 49.2% recibe apoyos por programas gubernamentales (INEGI, 2017: 2).

La realidad social del adulto mayor mexicano tiene facetas múltiples y con ello innumerables aspectos que retan a todo aquel profesional interesado en este grupo de edad, a crear las políticas públicas, a planificar acciones que prevengan toda clase de riesgos que lleven a la exclusión social y el maltrato en contra de este grupo de edad, ya que dicha exclusión minimiza su funcionalidad física, mental, social y provoca el desconocimiento de sus más elementales derechos humanos (Torres, 2010: 9).

La población del mundo envejece rápidamente y ello es motivo de celebración. Por una parte, este fenómeno evidencia que hemos logrado adelantos contra las enfermedades. Sin embargo, el envejecimiento plantea a la vez problemas y

oportunidades (OMS, 2015), por lo que es necesario considerar los cambios biológicos, psicológicos y sociales que a continuación se mencionan:

Los cambios *biológicos* en el adulto mayor son evidentes, la piel tiende a palidecer y pierde elasticidad, y se arruga a medida que se reducen la grasa y la masa muscular; pueden aparecer venas varicosas en miembros inferiores; el cabello se adelgaza y se torna gris y luego blanco, y el bello corporal comienza a escasear. La estatura se reduce a medida que se atrofian los discos entre las vértebras espinales, en las mujeres con osteoporosis puede ocasionar cifosis. Además la composición de los huesos cambia aumentando el riesgo de fractura (Papalia, 2010: 560). Además el deterioro sensorial contribuye a limitar la capacidad funcional y en mayor grado cuando coincide con el deterioro visual y auditivo. 18% de las personas de más de 70 años, tienen problemas visuales, ya sea ceguera en uno o ambos ojos, 33.2% reporta problemas con la audición y un 8.6% reporta ambos (déficit auditivo y visual) (IMSS, 2011: 15).

Así mismo, se pueden observar cambios en el sistema nervioso central (SNC): pérdida neuronal progresiva, atrofia cerebral, disminución en la conectividad a nivel de hipocampo y la región temporoparietal que condiciona un defecto del procesamiento de nueva información, neurotransmisores disminuidos, principalmente la acetilcolina que participa junto con el sistema límbico para el procesamiento del aprendizaje, el cual es más lento en el adulto mayor, cambios vasculares asociados a la edad se caracterizan por la formación de ateromas pequeños, engrosamiento y remplazo del tejido muscular por tejido fibroso haciendo los vasos más gruesos y rígidos (arterioesclerosis); lo que puede diagnosticarse como deterioro cognitivo, referente a la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad; aludido como una expresión temprana de Demencia tipo Alzheimer (IMSS, 2012: 2).

La demencia es un síndrome causado por una enfermedad del cerebro, crónica o progresiva en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos, y la toma de decisiones (OMS, 2013: 7).

El deterioro funcional debido a edad avanzada afecta la salud y la calidad de vida de las personas, con consecuencias físicas, psíquicas y sociales, y se traduce en dificultades para realizar por sí mismas algunas actividades cotidianas, lo que incrementa las posibilidades de dependencia de cuidado. Tanto por cuestiones físicas como de género, mujeres y hombres viven de manera diferente el proceso de envejecimiento, lo mismo que el impacto en su salud. Las mujeres padecen enfermedades incapacitantes más graves y por más largo tiempo, ello se ve reflejado en que 3 de cada 10 adultas mayores tiene dificultad para realizar alguna tarea de la vida diaria (comer, bañarse, caminar, preparar o comprar alimentos, entre otras) frente a 2 de cada 10 hombres (INAPAM, 2015: 18).

En el aspecto *psicológico*, los adultos mayores necesitan evaluar y aceptar su vida para poder aceptar su muerte, para lograr un sentido de integridad. Aunque la integridad debe superar a la desesperanza para que esta atapa se resuelva con éxito, las personas necesitan llorar, no sólo por sus desdichas y oportunidades perdidas sino también por la vulnerabilidad y fugacidad de la condición humana. Los rasgos de personalidad de los adultos mayores suelen permanecer bastante estables, la emocionalidad tiende a ser más positiva y menos negativa de la vejez (Papalia, 2010: 587).

La interacción *social* del adulto mayor se relaciona con la buena salud y la satisfacción con la vida. Los padres mayores y los hijos adultos se ven cada vez con mayor frecuencia, en los países en vías de desarrollo es común que vivan con sus hijos o nietos. Algunos son cuidadores de sus hijos adultos, sus nietos o bisnietos (Papalia, 2010: 615). Por otro lado, la convivencia cotidiana puede volverse complicada, debido a situaciones individuales o incluso a otras externas

como los problemas económicos, la falta de tiempo, la presión o el agotamiento. Esto puede hacer que el adulto mayor reaccione con enojo o resentimiento con las personas más cercanas, fomentando los sentimientos de soledad y aislamiento, causantes de deterioro de la salud mental, al igual que la vida sexual poco satisfactoria (Torres, 2010: 27).

La sexualidad tiene que ver con la capacidad de experimentar placer, de relacionarse profundamente con otros y de disfrutar de sí mismos, y no únicamente con relaciones corporales (Torres, 2010: 27). La sexualidad en el adulto mayor parece tener dos explicaciones; en primer lugar la indirecta asociación establecida entre sexualidad y reproducción, mediante la cual se considera que sólo es "normal" la actividad sexual durante la edad reproductiva y, por lo tanto los adultos mayores, no tienen por qué practicarla, en segundo lugar la existencia del prejuicio "viejo enfermo", es tan fuerte que se instala en el destinatario del prejuicio e incluso en el personal médico y de enfermería, que atiende a los adultos mayores (Llanes, 2013: 230).

Desafortunadamente, las condiciones de vida que han tenido las adultas mayores, caracterizadas por desigualdades de género, son un factor importante de su estado de salud, que muestra el efecto acumulativo del deterioro físico-funcional con el paso del tiempo (INAPAM, 2015: 18), lo que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades crónico degenerativas.

De acuerdo con las estadísticas de mortalidad del 2015, en México, de las 656 mil muertes registradas, 64.7% correspondieron a personas de 60 y más años. Las principales causas fueron las enfermedades del sistema circulatorio (32.5%); las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (20.1%); los tumores (13.1%); las enfermedades del sistema respiratorio (10.7%), y las enfermedades del sistema digestivo (9.1%). En las endocrinas, nutricionales y metabólicas sobresale que 86.2% son defunciones por diabetes mellitus (INEGI, 2017: 2).

La diabetes es un problema mundial, causa morbilidad, discapacidad y mortalidad, golpea a las personas en edad productiva, empobrece a las familias o reduce la esperanza de vida de las personas mayores; en el año 2017 se reportaron 451 millones de personas entre 18 y 99 años que viven con diabetes en el mundo, y 122,8 millones de personas de 65 a 99 años con una prevalencia del 18,8%. Si las tendencias continúan, el número de personas mayores de 65 años que viven con diabetes será de 253,4 millones en 2045. El número de muertes por diabetes entre los 60 y los 99 años es de 3,2 millones, lo que representa más del 60% del total de muertes por diabetes entre los 18 y los 99 años de edad (International Diabetes Federation, 2017a: 42-44).

La diabetes mellitus 2 (DM2) es una enfermedad crónica en la que el organismo no utiliza eficazmente la insulina, se caracteriza por altos niveles plasmáticos de glucosa; es un proceso complejo que incluye la alteración del metabolismo de lípidos y proteínas, con daño vascular generalizado; se debe principalmente al peso corporal excesivo y la inactividad física. La alteración de la glucosa promueve un envejecimiento acelerado, pérdida de la función y degeneración vascular y nerviosa, desarrollando complicaciones que afectan la calidad de vida, originan la muerte prematura y aumentan el costo de atención y las tasas de hospitalización (Secretaría de Salud, 2013a: 4).

Los síntomas de la diabetes en los adultos mayores son inespecíficos y de aparición tardía, entre los cuales se han documentado: fatiga o somnolencia, letargia, deterioro cognoscitivo, pérdida de peso, incontinencia urinaria, pérdidas del plano de sustentación, síntomas genitourinarios, alteraciones del estado conciencia (Secretaría de Salud, 2013a: 6).

La Asociación Americana de Diabetes recomienda establecer el diagnóstico de DM2 mediante los siguientes criterios bioquímicos: Hemoglobina glucosilada (HbA1c) \geq a 6.5%; glucemia basal en ayunas (\geq 126 mg/dl), o con glucemia a las 2

horas de una prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 g de glucosa (≥ 200 mg/dl) (Seguí et al., 2017: 25).

El adulto mayor que vive con DM2 tiene un mayor índice de complicaciones relacionadas con la misma, y son mucho más propensas a presentar trastornos comórbidos, como la discapacidad física, la disfunción cognitiva, las caídas y fracturas, la depresión, las úlceras por presión, los problemas de visión y audición, y el dolor no reconocido y no tratado adecuadamente. El control metabólico en el adulto mayor que vive con DM2 reducirá la aparición y/o la progresión de las complicaciones, lo que conlleva a una mejor calidad de vida, con una mejor situación cognitiva (Pimentel et al., 2011).

Así mismo, se deben considerar la DM2 y su relación con los síndromes geriátricos como el deterioro cognoscitivo, la depresión, los trastornos del sueño, el síndrome de privación sensorial, la fragilidad, la polifarmacia, el síndrome de caídas y los trastornos de la marcha y pie diabético (Secretaría de Salud, 2013a: 7-10). Además de las comorbilidades comúnmente presentes, como obesidad, HTA y dislipidemia, la DM se asocia a menudo con otras condiciones como insuficiencia cardíaca, depresión y ansiedad, artritis, etc., que dificultan el manejo terapéutico asociado a la polifarmacia (Iglesias et al., 2014: 21).

De acuerdo a las necesidades de diagnóstico, prevención y tratamiento, la Federación Internacional de Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés) hace la siguiente clasificación del adulto mayor con DM2:

- Categoría 1: Funcionalmente independiente. Se caracteriza porque los adultos mayores viven de forma independiente, sin alteraciones importantes en las actividades de la vida diaria y no reciben apoyo del cuidador o es mínimo. Se incluyen aquellos que tienen otras enfermedades. Ésta será la población de estudio de la presente investigación (Dunning y Sinclair, 2014: 3).

- Categoría 2: Funcionalmente dependiente. Incluye a los adultos mayores que debido a la pérdida de la función tienen limitaciones en actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse o el cuidado personal. Se presentan dos subcategorías: Frágil. Se caracteriza por una combinación de fatiga significativa, pérdida de peso reciente, deterioro de la movilidad y la fuerza, mayor propensión a las caídas y el aumento de riesgo de institucionalización; y demencia. Las personas de ésta subcategoría tienen un grado de deterioro cognitivo que ha dado lugar a problemas significativos de memoria, un grado de desorientación o un cambio en la personalidad.
- Categoría 3: Cuidado al final de la vida. Los adultos mayores con patología con la que se tiene una esperanza de vida reducida a menos de un año (Dunning y Sinclair, 2014: 3).

La NOM-015-SSA2-2010, para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus (2010), establece que el tratamiento de la persona que vive con DM2 tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones. Por otra parte, los pilares fundamentales del tratamiento de la DM2 son el conocimiento, la alimentación equilibrada, el ejercicio físico, la medicación vía oral y/o insulina, y el automonitoreo de la glucosa en la sangre (Solano y Antón, 2009).

La Asociación Americana de la Diabetes (ADA) explica que las personas que viven con DM2 deben recibir educación para el autocontrol y apoyo de acuerdo con las normas nacionales. La educación ayuda a las personas en la autogestión eficaz y para el afrontamiento de la enfermedad, favorece la optimización del control metabólico, la prevención y el tratamiento de las complicaciones, así como a maximizar la calidad de vida en el menor costo. El proceso educativo debe ser continuo para que se alcancen todos los resultados, debe consistir en la utilización de teorías de educación de adultos, de aprendizaje significativo y el estímulo a la

adopción de comportamientos saludables. Algunos temas sugeridos por la IDF (Federación Internacional de la Diabetes) son: integración de los ajustes psicosociales de la vida diaria; descripción de la DM2 y las opciones terapéuticas; incorporación de la cultura en el manejo nutricional; incorporación de la actividad física en el estilo de vida; manejo de las medicaciones para la eficacia terapéutica; monitoreo de la glicemia y de cetonas; prevención, detección y tratamiento de las complicaciones agudas y crónicas; definición de metas para la promoción de la salud y soluciones de problemas de la vida diaria; obtención y utilización de los insumos; información sobre organizaciones de soporte; e informaciones sobre el papel de cada miembro del equipo multidisciplinario.

Los programas de educación integral para grupos de personas que viven con DM2, de acuerdo a la Asociación incluyen la terapia nutricional o sesiones educativas individualizadas han reportado disminuciones de hemoglobina glucosilada de 0,5 a 2%. El plan de alimentación debe ser una dieta variada con suficiente consumo de verduras y frutas, hidratos de carbono complejos y fibra; se recomienda disminuir el consumo de azúcares simples y restringir las grasas y el alcohol. La meta para el control de peso será mantener el Índice de Masa Corporal (IMC) normal, entre 18.5 y 25. La ADA (2015) recomienda que cada persona que vive con DM2 participe activamente en la autogestión, incluyendo el desarrollo colaborativo de un individualizado plan de alimentación. Los objetivos de la terapia nutricional son:

- Promover y apoyar los patrones de alimentación saludables, haciendo hincapié en una variedad de alimentos ricos en nutrientes, así como el tamaño de las porciones, con el fin de mejorar la salud en general y específicamente para lograr metas individualizadas de la glucemia, la presión arterial, y los lípidos.
- Identificar las necesidades nutricionales individuales con base en las preferencias personales y culturales, alfabetización de la salud y la aritmética, el acceso a la elección de alimentos saludables, la voluntad y la capacidad de hacer cambios en el comportamiento, y los obstáculos para el cambio (ADA, 2015: S21).

- Mantener el placer de comer, proporcionando mensajes positivos acerca de la elección de alimentos.
- Proporcionar a la persona que vive con DM2, las herramientas prácticas para la planificación del día a día de la comida en lugar de centrarse en macronutrientes, micronutrientes individuales o alimentos individuales.

Las reducciones significativas en el exceso de peso corporal mejora los indicadores clínicos, la pérdida de peso de 2-8 kg puede proporcionar beneficios clínicos en personas que viven con DM2, sobre todo al principio del proceso de la enfermedad. Algunos patrones de alimentación han demostrado ser eficaces en el control de la glicemia, por ejemplo la dieta de origen vegetal (vegano y vegetariano), baja en grasas y baja en hidratos de carbono. La proteína ingerida parece aumentar la respuesta de insulina sin concentraciones crecientes de glucosa en plasma, por lo tanto, fuentes de hidratos de carbono ricos en proteínas no deben ser utilizados para prevenir la hipoglucemia (ADA, 2015: S21).

Las personas que viven con DM2 deben recibir orientación para realizar al menos 150 min/semana de actividad física aeróbica moderada-intensa (50-70 % de la frecuencia cardíaca máxima), por lo menos tres días a la semana y sin pasar más de dos días consecutivos sin ejercicio. En ausencia de contraindicaciones, se debería animar a las personas con DM2 a realizar ejercicios de resistencia tres veces por semana (Iglesias et al., 2014: 12).

El ejercicio es una parte importante del plan de manejo de la DM2, el ejercicio regular ha demostrado mejorar el control de glucosa en la sangre, reducir los factores de riesgo cardiovascular, contribuir a la pérdida de peso y mejorar el bienestar. Las intervenciones de ejercicios estructurados de una duración mínima de 8 semanas se han demostrado para reducir la hemoglobina glucosilada en un promedio de 0,66% en las personas que viven con DM2, incluso sin ningún cambio significativo en el índice de masa corporal. En el caso de las personas que se inyectan insulina o ingieren secretagogos de insulina, la actividad física puede

causar hipoglucemia si la dosis de medicamentos o el consumo de hidratos de carbono no se modifica, por lo que deben ingerir hidratos de carbono si el nivel de glucosa antes del ejercicio es de 100 mg / dl (ADA, 2015: S24-25).

Los medicamentos que se utilizan para el control de la DM2 son sulfonilureas biguanidas, insulina o combinaciones de estos medicamentos. Asimismo se pueden utilizar los inhibidores de la alfa glucosidasa, tiazolidinedionas y la DipeptidilDipeptidasa IV (DPP IV) (Zárate y Flores, 2012; Secretaría de Salud, 2013a). Los adultos mayores tienen más riesgos de presentar efectos adversos con la mayoría de los medicamentos, debido a los cambios en la farmacocinética (reducción de la eliminación renal) y en la farmacodinamia (aumento de la sensibilidad a determinados fármacos), con afección en la disposición del fármaco, estos cambios pueden incrementar el riesgo de hipoglucemia (Espinel, 2013: 190)

El consumo de alcohol en las personas que viven con DM2 puede aumentar el riesgo de hipoglucemia retardada, especialmente si toma insulina o secretagogos de insulina. La educación y la conciencia con respecto al reconocimiento y manejo de la hipoglucemia retrasada están justificadas (ADA, 2015: S23). Aconsejar a todas las personas que viven con DM2 no fumar ni usar productos con tabaco (Iglesias et al., 2014: 16).

Para evaluar el control metabólico en las personas que viven con DM2, se debe vigilar el plan de alimentación y la actividad física y se investiga de manera intencionada la presencia de complicaciones. Se registra el peso, la presión arterial y el resultado de la exploración de los pies; y se reforzará la educación. Se debe realizar la medición, al menos una vez al año, de colesterol total, triglicéridos, colesterol-HDL, colesterol-LDL, HbA1c (hemoglobina glucosilada) y examen general de orina, si este último resulta negativo para albuminuria se debe buscar microalbuminuria (SS, 2010).

Los objetivos de tratamiento de la DM2 en adultos mayores dependerán de su estado funcional, de su estado cognitivo y de su esperanza de vida. La mayoría de las pautas para la diabetes no consideran objetivos especiales para personas mayores sanas con DM2, pero requieren un objetivo mayor cuando el paciente tiene múltiples comorbilidades ((International Diabetes Federation, 2017b).

Los objetivos de tratamiento para el adulto mayor que vive con DM2 dependerán de sus características y estado de salud:

- Saludable: pocas enfermedades crónicas, estado funcional y cognitivo intacto.
- Complicado/salud intermedia: coexistencia de al menos tres enfermedades crónicas o más de dos incapacidades para las Actividades de la vida diaria (AVD) instrumentales o deterioro cognitivo leve moderado.
- Muy complicado/salud mala: atención a largo plazo o enfermedad crónica en fase terminal o deterioro cognitivo moderado o severo o más de dos dependencias para las AVD (Iglesias et al., 2014: 22-23). Ver tabla No.1

Tabla No. 1 Objetivos del tratamiento de la glucemia y la presión arterial en adultos mayores DM2

Características del estado de salud de los adultos mayores	Objetivo razonable de HbA1c	Glicemia en ayunas o preprandial (mg dl)	Presión arterial (mmHg)
Saludable	< 7 %	90-130	< 140/80
Complicado/Salud intermedia	< 8 %	90-150	< 140/80
Muy complicado	< 8.5	100-180	< 150/90

Fuente: Resumen de las recomendaciones de la ADA (Iglesias et al., 2014: 8).

El adulto mayor que vive con DM2 debe ser referido al segundo nivel de atención en cualquiera de las siguientes circunstancias: falta de cumplimiento en las metas a pesar del tratamiento farmacológico, falta de respuesta al tratamiento, y/o complicaciones agudas y crónicas (Zárate y Flores, 2012).

El cuidado profesional de enfermería en el envejecimiento debe propender a abordar todas las perspectivas del ser humano, en aras de fundamentar el entendimiento hacia los modelos de envejecimiento activo y exitoso que lleven al adulto mayor a entender el proceso de envejecimiento como algo normal, donde su experiencia se constituye en la principal herramienta para la toma de decisiones y por ende alcanzar la posterior adaptación a los cambios vividos (Alvarado y Salazar, 2018: 62).

En este contexto, el cuidado profesional de enfermería orientado a las personas con enfermedades crónicas implica el análisis explicativo de la situación del contexto en salud como una epidemia global, considerar su impacto como problema de salud pública a través de sus indicadores epidemiológicos, los costos sociales y la carga de la enfermedad. Esta realidad aporta a la generación de políticas, estrategias y acciones en salud para el cuidado de las personas en situación de cronicidad. No obstante, dimensionar la magnitud del problema implica también la mirada comprensiva de los significados de la experiencia de la enfermedad, desde la intersubjetividad en la cual se tendrán en cuenta las múltiples realidades que dan sentido al mundo social en el que el ser humano vive con sus congéneres (Flórez et al., 2017).

El cuidado profesional de enfermería del adulto mayor que vive con DM2 se hace mediante la aplicación el proceso de enfermería, en el que la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación se aplican de forma individual y/o grupal.

2. Planteamiento del Problema:

Los estilos de vida poco saludables, incluyendo el sobrepeso y la obesidad, la actividad física insuficiente, el tabaquismo y las prácticas dietéticas aumentan la incidencia de diabetes tipo 2, de sus complicaciones y de otras enfermedades no transmisibles (International Diabetes Federation, 2017a). En el adulto mayor es una de las enfermedades de mayor prevalencia, y las complicaciones son la principal causa de muerte (INEGI, 2010; Gutiérrez et al., 2012; (International Diabetes Federation, 2013).

El cuidado de enfermería del adulto mayor que vive con DM2 representa un reto para el abordaje integral por parte del profesional, que debe ser capaz de efectuar el reconocimiento de la situación personal, de su familia y del contexto, así como las condiciones en las cuales se desenvuelve, con el fin de generar intervenciones oportunas (Vargas et al., 2014: 151). El cuidado como esencia del ser y en el área de la salud, la esencia de Enfermería (Waldow, 2014) es otorgado mediante el método del proceso de enfermería y con fundamento en diferentes teorías disciplinares (Reina, 2010: 23).

Los modelos y teorías de enfermería definen los conceptos del metaparadigma: salud, persona, entorno y enfermería; aquí nace un lenguaje común y estandarizado denominado NANDA, NIC, NOC; es decir, diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería, dónde el profesional es el responsable directo de predecir, prevenir y tratar de forma independiente al adulto mayor que vive con DM2 (Díaz, 2013).

Una teoría de mediano rango, que se ha empleado para modificar conductas de riesgo y adoptar un estilo de vida promotor de salud, es el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, el cual fue el fundamento para la presente investigación. Pender plantea, que los factores cognitivos, como la percepción de beneficios, autoeficacia y barreras, así como el afecto relacionado a la actividad,

son modificados por influencias interpersonales y la cultura (Giraldo et al., 2010: 134). De acuerdo con investigaciones previas, los niveles más altos de autoeficacia están asociados a puntajes elevados de estilos de vida promotores de salud (Cid et al., 2006; Gonzalez y Martínez, 2009). El estilo de vida promotor de salud para un adulto mayor que vive con DM2, circunscribe una alimentación variada y adecuada, actividad física, evitar el abuso de sustancias tóxicas (tabaco y alcohol), mostrar responsabilidad en cuidado de la salud (información sobre DM2 y adherencia terapéutica), y emociones saludables (López et al., 2003: 234).

En diversas investigaciones se reporta que la mayoría de los adultos mayores que viven con DM2 lleva una dieta poco variada e insuficiente, ya que sigue consumiendo alimentos que han sido parte de su vida y que forman parte de su cultura (Restrepo et al., 2006). Por otra parte, se tiene la creencia de que llevar una dieta adecuada implica mayores gastos por lo que, el adulto mayor que vive con DM2 consume los alimentos de su agrado y que están a su alcance.

Además, el adulto mayor con frecuencia es inactivo, como resultado de las limitaciones físicas y la presencia de dolor, su actividad diaria está vinculada a labores domésticas o al cuidado de niños y/o otros adultos; en el tiempo libre, las actividades son de carácter individual, sedentarias, realizadas en el marco del hogar y con poca participación en ejercicios físicos sistemáticos (Fernández et al., 2000). Si bien, se recomienda al adulto mayor que vive con DM2 hacer caminatas de 30 minutos, el riesgo de caídas y fracturas es preponderante en éste grupo etario, por lo que es necesario establecer un plan de ejercicio individual y adecuado para cada persona con actividades de su preferencia o incluso ejercicios aeróbicos dentro del hogar.

La mayoría de los adultos mayores que viven con DM2 consumen poco o ninguna sustancia tóxica como alcohol y tabaco (Cantú, 2014). Con relación a la responsabilidad en el cuidado de su salud, la información sobre la DM2 es insuficiente (León, 2012), el tratamiento incluye un plan de alimentación

individualizada, de ejercicio, así como la revisión de la medicación farmacológica, el automonitoreo y la promoción para la salud (Sánchez, 2014), no obstante, la adherencia terapéutica depende de forma importante del apoyo familiar (Domínguez et al., 2010).

Existen diferentes estudios en los que se ha empleado el Modelo de Promoción de la Salud para modificar el estilo de vida de personas que viven con DM2 (Fernández et al., 2000; Cabrera, 2009; Giraldo et al., 2010: 128-143; Cantú, 2014; Figueroa, 2014); sin embargo, en bases de datos como CONRICyT, Scielo y Redalyc no se encontraron estudios en los que mediante la promoción de la salud se modifique el estilo de vida de adultos mayores que viven con DM2 de forma grupal. Por lo que el presente estudio de investigación es de corte cuantitativo para otorgar el cuidado profesional de enfermería al adulto mayor que vive con DM2, mediante la promoción de la salud que se proporciona de forma grupal e individual con el propósito de modificar el estilo de vida para contribuir al bienestar de la persona.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el efecto del cuidado profesional de enfermería en el estilo de vida del adulto mayor que vive con DM2?

3. Justificación

A nivel mundial, existen 326,5 millones de personas que viven con diabetes en edad laboral (20 a 64 años) y 122,8 millones de personas que viven con diabetes de 65 a 99 años. Se prevé que el número de personas en edad laboral que viven con diabetes aumentará a 438,2 millones, y que el número de personas que viven con diabetes de 65 a 99 años aumentará a 253,4 millones para el año 2045. En México, la incidencia de diabetes mellitus en el 2017 fue de 12 millones de personas entre 20 y 79 años de edad, alcanzando el 5º lugar a nivel mundial; son 2.5 millones de adultos mayores que viven con diabetes, con una proyección de 7.6 millones para el año 2045 (International Diabetes Federation, 2017a).

En México, las complicaciones que las personas que viven con diabetes reportaron en mayor proporción fueron: visión disminuida (54.5%), daño en la retina (11.2%), pérdida de la vista (9.95%), úlceras (9.1%) y amputaciones (5.5%). El 46.4% de las personas que viven con diabetes no realiza medidas preventivas para evitar o retrasar las complicaciones (Shamah et al., 2016). Por lo que se planteó sistematizar el cuidado profesional mediante la aplicación del proceso de enfermería, con la utilización de un lenguaje estandarizado y con fundamento en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, para favorecer un estilo de vida que contribuya al control metabólico y al retraso de la aparición de complicaciones.

El programa de promoción de la salud que se implementó en forma grupal tuvo el objetivo de mejorar el estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes mediante el fortalecimiento de los conocimientos relacionados con la DM2, la identificación de beneficios de llevar un plan de alimentación y ejercicio, la medicación indicada y el automonitoreo, aumentando la percepción de autoeficacia al tratamiento, para finalizar en un compromiso de cambios individuales para elaborar un plan de acción, eliminando las barreras percibidas a partir de las ideas de los compañeros y de acuerdo a sus gustos y preferencias.

El cuidado profesional proporcionado mediante el proceso de enfermería y otorgado con competencia y responsabilidad para mejorar la condición humana en el proceso de envejecimiento, favorece un estilo de vida que contribuya a vivir con DM2 de manera digna mejorando la percepción de bienestar del adulto mayor y de su familia; por lo que, este trabajo de investigación benefició a los adultos mayores participantes.

Por otra parte, otorgar el cuidado profesional con fundamento en un modelo o en una teoría de enfermería, como el Modelo de Promoción de la Salud, así como la utilización del proceso de enfermería y el lenguaje estandarizado, favorece el empoderamiento de los profesionales, enriqueciendo la ciencia del cuidado.

Para finalizar, el presente proyecto contribuye a la Línea de Generación y Aplicación de Conocimiento (LGAC) “Cuidado de enfermería y el paradigma profesional de la educación en salud”, de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

4. Hipótesis:

El cuidado profesional de enfermería aumenta los comportamientos saludables del estilo de vida en el adulto mayor que vive con DM2.

Hipótesis alterna:

El cuidado profesional de enfermería disminuye los comportamientos saludables del estilo de vida del adulto mayor que vive con DM2.

Hipótesis nula:

El cuidado profesional de enfermería no modifica los comportamientos saludables el estilo de vida del adulto mayor que vive con DM2.

5. Objetivos:

General:

Evaluar el efecto del cuidado profesional de enfermería en el estilo de vida del adulto mayor que vive con DM2.

Específicos:

- Identificar los factores personales biológicos y socioeconómicos del adulto mayor que vive con DM2
- Valorar el estilo de vida del adulto mayor que vive con DM2 antes y después del cuidado de enfermería.
- Categorizar los diagnósticos de enfermería de los adultos mayores que viven con DM2, utilizando la clasificación NANDA-I.
- Diseñar, ejecutar y evaluar un plan de cuidados con el lenguaje de enfermería (NANDA-I, NOC y NIC).
- Aplicar un programa de Promoción para la salud con fundamento en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, dirigido a mejorar el estilo de vida promotor de salud del adulto mayor que vive con DM2.

6. Material y Métodos:

6.1. Diseño de Estudio

Estudio con enfoque cuantitativo, preexperimental, longitudinal, prospectivo, correlacional.

6.2. Universo y Muestra

El universo estuvo conformado por 36 adultos mayores funcionalmente independientes, con diagnóstico médico de DM2, usuarios de la Unidad de Consulta Externa del “Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud Santa María Rayón Bicentenario” (CEAPS), perteneciente a la jurisdicción Tenango del Valle, del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y de la Casa del adulto mayor, ubicado en el municipio de Santa María Rayón.

El muestreo fue no probabilístico, a los 36 adultos mayores se les invitó a participar y aceptaron, en el CEAPS se captaron 6 personas y en la casa del adulto mayor 30, por lo que se formaron dos grupos para impartir la promoción de la salud.

6.3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Se incluyeron a los adultos mayores funcionalmente independientes, con diagnóstico médico de DM2, que aceptaron participar voluntariamente. Se excluyó una persona porque tenía discapacidad auditiva. Se eliminaron del grupo experimental a las personas que no asistieron como mínimo al 50% de las sesiones de promoción para la salud.

6.4. Procedimientos

Para la selección de la muestra se invitó a los adultos mayores que viven con DM2, que participan en el grupo de apoyo mutuo (GAM) del CEAPS y en la casa del adulto mayor en el municipio de Santa María Rayón. Se solicitó la firma de carta de consentimiento informado del adulto mayor. (Ver Anexo 11.1)

Para otorgar el cuidado se aplicaron las cinco etapas del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación (Reyes Gómez, 2015).

Valoración

Para valorar el estilo de vida, se aplicó un cuestionario para identificar los factores personales biológicos y socioeconómicos, (Ver Anexo 11.2) así mismo se empleó el Instrumento para Medir el estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID) (Ver Anexo 11.3) que está compuesto por 25 ítems, agrupados en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre DM2, emociones y adherencia terapéutica. Adicionalmente, se midió la presión arterial, la glicemia capilar, peso y talla para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC).

Diagnóstico de enfermería

A partir de los datos significativos identificados en la etapa de valoración se elaboraron los diagnósticos de enfermería, que consiste en la identificación de los problemas, con base en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores (Reina, 2010).

Para realizar el juicio clínico se elaboró un listado, en hojas de Excel para Windows, se utilizó el método inductivo-deductivo: se elaboró un listado con las respuestas humanas en cada dominio del estilo de vida de los adultos mayores que viven con DM2, posteriormente mediante la técnica de mapeo se articularon con los 13 dominios y 47 clases de la Taxonomía II de la NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2015), para identificar la etiqueta diagnóstica, los factores relacionados o de riesgo y las características definitorias (método inductivo), corroborando con las características del adulto mayor y las manifestaciones de la DM2 (método deductivo).

Se realizó un listado de diagnósticos de enfermería de los adultos mayores que viven con DM2, tras un proceso de razonamiento se estableció una segunda identificación de diagnósticos de enfermería; para tratar de reducir el diferencial de diagnósticos surgidos de los datos de la valoración, se eliminaron los datos que encajan en más de un diagnóstico de enfermería, posteriormente se buscaron artículos similares con la intención de encontrar diagnósticos realizados en los adultos mayores que viven con DM2 (Echeverría, 2016).

Planeación

Se formalizó la planeación utilizando los resultados y escala tipo Likert de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead et al., 2014) y las intervenciones y actividades de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Bulechek et al., 2009; González y Moreno, 2011).

Ejecución

El cuidado profesional de enfermería se aplicó durante 3 meses, en el que se incluyó un programa de promoción de la salud con fundamento en el Modelo de Promoción de la Salud, ejecutado en 10 sesiones de dos horas cada una, en estas sesiones se midió la glicemia capilar a los adultos mayores, la tensión arterial, el peso, la talla y la circunferencia abdominal con el propósito de dar seguimiento a la modificación de la conducta. (Ver Anexo 11.4)

La promoción de la salud se implementó en el grupo de personas que asisten al CEAPS, (Ver Anexo 11.5) Posteriormente se realizó en la casa del adulto mayor. (Ver Anexo 11.6)

Para el Análisis de los datos, se elaboró una base de datos en el programa Excel, se aplicó la estadística descriptiva (media, desviación estándar, frecuencia y porcentajes) para las variables intervinientes y la estadística inferencial para comparar el efecto de la intervención en el estilo de vida del adulto mayor que vive con DM2.

Evaluación

En la evaluación se midió el estilo de vida del adulto mayor que vive con DM2 por segunda ocasión con el instrumento IMEVID.

6.5. Variables de Estudio

Independiente:

Cuidado profesional de enfermería: es un acto de ayuda que fomenta el desarrollo humano de la persona con necesidad de cuidado, acompañándolo con amor, seguridad y confianza en situaciones de salud o enfermedad; se otorga mediante el proceso de enfermería para favorecen el confort, potencializan los conocimientos y facilitan las elecciones de la vida diaria, considerando los valores y las creencias, así como el aspecto espiritual.

Dependiente:

Estilo de vida: son las actividades libres con un impacto significativo sobre el estado de salud, y que forman parte de un patrón diario. Es un aspecto de la valoración individual de la persona receptora del cuidado, las subescalas del estilo de vida promotor de salud son responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual y manejo del estrés.

6.6 Implicaciones Bioéticas

En concordancia con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la presente investigación se clasificó como de riesgo mínimo, ya que se tomaron muestras sanguíneas para determinar el nivel de glucosa, además se realizó una intervención educativa (DOF, 1987).

De acuerdo a los requisitos científicos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, 2013) y a lo establecido por la Ley General de Salud en el Título V, Capítulo I (Secretaría de Salud, 2006),

la investigación se ajustó a los principios científicos generalmente aceptados y estuvo apoyada en bibliografía científica. La investigadora contaba con el conocimiento y la experiencia para otorgar el cuidado profesional de enfermería a los adultos mayores; y se atendieron las recomendaciones del Comité de ética e investigación del Instituto de Salud del Estado de México.

6.7 Recolección de Datos

Por las características de la población se utilizó la técnica de entrevista para la recogida de datos, se aplicó un cuestionario para identificar los factores personales biológicos y socioeconómicos y el Instrumento para Medir el estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID); diseñado para medir el estilo de vida en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2, está validado en población mexicana, con una muestra que incluye a los adultos mayores, con una confiabilidad calculada con α de Cronbach de 0.81 para la calificación total (López et al., 2003: 265). Cada ítem tiene tres opciones de respuesta a los que se les asignaron los valores de 0, 2 y 4 siendo éste el valor ideal de acuerdo a la conducta realizada, se utilizó la siguiente escala (100-75) muy saludable, (74-50) saludable, (49-25) poco saludable, (24-0) no saludable (Ramírez et al., 2011).

6.8 Análisis Estadísticos

Se utilizó el paquete Microsoft Excel del paquete de Microsoft Office 2010 y el programa estadístico SPSS Versión 22.0 para Windows. La estadística descriptiva fue mostrada con medidas de tendencia central, frecuencia y gráficas, para la prueba de la hipótesis se aplicaron las pruebas de normalidad, en la que se identificó curvatura anormal en la calificación del estilo de vida de los adultos mayores que viven con diabetes antes y después del Cuidado profesional de enfermería. Por lo que se aplicó estadística inferencial no paramétrica con la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para una muestra, considerando como significativa si $p \leq .05$.

6.9 Aspecto ético

Durante el trabajo de campo se explicó al adulto mayor la finalidad del estudio: evaluar el efecto del cuidado profesional de enfermería en el estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes, los beneficios para los sujetos de estudio fueron tener los conocimientos sobre control de la enfermedad y las medidas para lograrlo, de ésta manera controlar la enfermedad, retrasar las complicaciones y mejorar la calidad de vida. Se les proporcionó un registro de los resultados de las glicemias capilares, antropometría y de tensión arterial. Al solicitar la participación voluntaria se firmó una carta de consentimiento informado.

Los adultos mayores que presentaron descontrol metabólico fueron referidos al médico tratante, dando seguimiento a la atención médica y al surtido de fármacos indicados. Se contó con el apoyo del departamento de psicología del CEAPS y del DIF municipal para su atención psicológica.

Los datos de cada adulto mayor han sido tratados con confidencialidad, colocando un número de folio en cada entrevista, en la elaboración del informe de investigación y artículos no se mencionó el nombre de los participantes.

7. Resultados

7.1. Artículo aceptado

Estilo de vida de ancianos que viven con diabetes y caracterización de diagnósticos de enfermería.

Gabriela Maldonado Muñiz, Doctorante del Programa Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia. Ciudad: Toluca de Lerdo, Estado de México, México. Email: gmaldonado@uaeh.edu.mx

Beatriz Arana Gómez, Doctora en Enfermería, Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia. Ciudad: Toluca de Lerdo, Estado de México, México. Email: betya18@yahoo.com.mx

Lucila Cárdenas Becerril, Doctora en Educación, Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia. Ciudad: Toluca de Lerdo, Estado de México, México. Email: lucycabe62@yahoo.com

Gloria Solano Solano, Doctora en Enfermería, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud. Ciudad: Pachuca de Soto, Estado de Hidalgo, México. Email: gloriasol_20@yahoo.com.mx

7.1.1. Página frontal del manuscrito

Texto & Contexto Enfermagem



Estilo de vida de ancianos que viven con diabetes y caracterización de diagnósticos de enfermería.

Journal:	<i>Texto & Contexto Enfermagem</i>
Manuscript ID:	TCE-2017-0552
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Anciano, Diagnóstico de Enfermería, Diabetes Mellitus Tipo 2, Estilo de Vida, Atención de Enfermería

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/tce-scielo>

7.1.2. Carta de aceptación

Texto & Contexto Enfermagem

Decision Letter (TCE-2017-0552.R1)

From: tceufsc@gmail.com
To: gmm99@hotmail.com
CC: gmm99@hotmail.com, betya18@yahoo.com.mx, lucycabe62@yahoo.com, gloriasolanosol@gmail.com
Subject: Texto & Contexto Enfermagem - Decision on Manuscript ID TCE-2017-0552.R1
Body: 07-Mar-2018

Prezado(a)... Mrs. Gabriela Maldonado Muñiz

Comunicamos que seu manuscrito *Estilo de vida de ancianos que viven con diabetes y caracterización de diagnósticos de enfermería*, foi recomendado para publicação na Revista Texto & Contexto Enfermagem.

Lembramos que ainda poderão ser solicitadas revisões e adequações ou rejeição pelas Editoras de Texto & Layout.

Em breve você receberá um e-mail, com a versão final do artigo, e as orientações para proceder a tradução para o inglês. Caso sejam atendidas todas as recomendações.

Em nome dos editores da Revista Texto & Contexto Enfermagem, aguardamos novas contribuições para a revista.

Atenciosamente,
(Documento não disponível)
Editor-in-Chief, Texto & Contexto Enfermagem
(Documento não disponível)

Dr. Selma de Andrade
Editor-in-Chief, Texto & Contexto Enfermagem
selma.tce@gmail.com

Associate Editor
Comments to the Author:
(There are no comments.)

Entire Scoresheet:

Date Sent: 07-Mar-2018

 Close Window

7.1.3. Resumen

Objetivo: identificar el estilo de vida de los ancianos que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 y caracterizar los diagnósticos de enfermería, a partir de un instrumento de medición. Método: estudio cuantitativo, descriptivo, transversal; n=35 personas mayores de 60 años, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2; se aplicó el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID), alpha de Cronbach=0.81. Mediante el método inductivo-deductivo, con un listado de respuestas humanas en el estilo de vida de los ancianos que viven con Diabetes Mellitus tipo 2, se realizó el mapeo de los siete dominios del estilo de vida con los 13 dominios de la NANDA-I para formular los diagnósticos de acuerdo a la definición, los factores relacionados o de riesgo y las características definitorias, considerando las características del anciano y las manifestaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2. Resultados: n=35, 28 mujeres y 7 hombres, media de edad: 72.3 ± 6.8 años, media del tiempo con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2: 13.02 ± 10.61 años. 23 de los ancianos obtuvieron estilo de vida saludable, se caracterizaron once diagnósticos de enfermería en los dominios: Promoción de la salud, Nutrición, Precepción/Cognición, Afrontamiento/Tolerancia al estrés y Seguridad/Protección; el más frecuente fue “Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano”. Conclusiones: los ancianos que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 presentaron conductas de estilo de vida saludable y muy saludable, no obstante, tienen factores de riesgo y características definitorias particulares que requieren que el cuidado de enfermería se otorgue de forma individual.

Descriptores: Anciano. Diagnóstico de Enfermería. Diabetes Mellitus Tipo 2. Estilo de Vida. Atención de Enfermería. Enfermería.

7.1.4. Introducción

La Diabetes Mellitus es una condición crónica que ocurre cuando existe una insuficiente producción de insulina o el organismo no la puede utilizar correctamente, en el mundo existen 415 millones de adultos que viven con Diabetes Mellitus, para el año 2040 se prevé que esta cifra aumente a 642 millones. La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es la más común, y su prevalencia va en aumento junto con los cambios culturales y sociales.¹

En México, 11.5 millones de personas viven con esta enfermedad, la mayor prevalencia se observa en los ancianos: hombres y mujeres de 60 a 69 años (27.7% y 32.7% respectivamente), y de 70 a 79 años (29.8%). La DM2 y sus complicaciones conllevan importantes pérdidas para las personas que la padecen y sus familias, 90 % de los casos mundiales de DM2 se debe, en gran medida, a un peso corporal excesivo y un estilo de vida no saludable.¹⁻⁴

El estilo de vida son las actividades libres con un impacto significativo sobre el estado de salud, y que forman parte de un patrón diario. La ADA afirma que la modificación del estilo de vida es un aspecto fundamental para el autocontrol de la DM2, incluye educación, monitoreo, nutrición, actividad física, dejar de fumar y cuidado psicosocial. La modificación del estilo de vida en el anciano es uno de los retos de la práctica profesional de enfermería, en la que se requiere disponer de un cuerpo de conocimientos propio a través de las teorías y modelos, aplicar el método científico mediante el proceso de enfermería y disponer un lenguaje científico común.⁵⁻⁷

El proceso de enfermería consiste en cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender menciona que en la etapa de valoración se debe poseer información de la persona en distintos dominios, entre ellos el estilo de vida, los datos obtenidos

conducen de manera directa hacia la etapa de diagnóstico; los diagnósticos de enfermería guían hacia la elección de resultados e intervenciones.^{5,7-10}

El lenguaje de enfermería permite entregar una semántica estandarizada entre los profesionales, la NANDA-International (NANDA-I) publica la clasificación de diagnósticos de enfermería, y define el diagnóstico de enfermería como un juicio clínico con respecto a una respuesta humana o una condición de salud/proceso vital, o la vulnerabilidad a esa respuesta, por parte de la persona, familia, grupo o comunidad; los diagnósticos de enfermería pueden estar enfocados al problema, o a un estado de promoción de la salud o riesgo potencial. La toma de decisiones acerca del diagnóstico preciso requiere competencias intelectuales, interpersonales y técnicas.¹¹⁻¹³

La caracterización de los diagnósticos de enfermería en una población específica permite la planeación de los cuidados a partir de sus necesidades, así como elaborar protocolos de atención y planes de cuidado estandarizados.¹⁴

Los instrumentos pueden ser tomados como base para evaluar diferentes tipos de estudios de abordaje cuantitativo, además de ser importantes herramientas en la mejora de la práctica clínica basada en evidencias,¹⁵⁻¹⁶ por lo que, con los datos obtenidos a partir de instrumentos, se establecen diagnósticos de enfermería individuales y grupales. Por lo anterior, el objetivo fue identificar el estilo de vida de los ancianos que viven con DM2 y caracterizar los diagnósticos de enfermería, utilizando la taxonomía II de la NANDA-I, a partir de un instrumento de medición.

7.1.5. Métodos

Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo, transversal. Los participantes fueron 35 ancianos que viven con DM2, usuarios de la Unidad de Consulta Externa “Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud (CEAPS): Santa María Rayón Bicentenario”, perteneciente a la jurisdicción Tenango del

Valle, del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y de la Casa del Adulto Mayor del municipio de Santa María Rayón, del Estado de México, México.

Se seleccionaron a las personas que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: mayores de 60 años, con diagnóstico confirmado de DM2, de ambos sexos, con o sin complicaciones, se excluyó una persona con discapacidad auditiva y visión deteriorada, ya que por falta de una comunicación efectiva no firmó el consentimiento.

Se utilizó el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID), integrado por 25 ítems, agrupados en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre DM2, emociones y adherencia terapéutica. Construido y validado en población mexicana, con una confiabilidad calculada con alpha de Cronbach de 0.81 para la calificación total.¹⁷ Cada ítem tiene tres opciones de respuesta a los que se les asignaron los valores de 0, 2 y 4, siendo este último el valor ideal de acuerdo a la conducta realizada; se utilizó la siguiente escala (100-75) muy saludable, (74-50) saludable, (49-25) poco saludable, y (24-0) no saludable.¹⁸

Las preguntas se formularon a cada participante, por los investigadores, después de la autorización de las instituciones y de la firma del consentimiento informado, en el periodo entre abril y mayo de 2016. Adicionalmente se recabaron los datos biológicos y socioeconómicos mediante un cuestionario diseñado exprofeso, se realizó la antropometría (peso y talla), utilizando una báscula mecánica con estadímetro, para determinar el Índice de Masa Corporal (IMC).

Mediante el método inductivo-deductivo: los datos fueron categorizados en hojas de Excel para Windows, se elaboró un listado con las respuestas humanas, por los siete dominios del estilo de vida de los ancianos que viven con DM2, posteriormente se realizó el mapeo con los 13 dominios de la Taxonomía II de la NANDA-I. (Ver cuadro No. 1)

Cuadro No. 1 Dominios del estilo de vida y Dominios de la NANDA-I.

Dominios del estilo de vida	Dominios de la NANDA-I
1. Nutrición	1. Promoción de la salud
2. Actividad física	2. Nutrición
3. Consumo de tabaco	3. Eliminación e intercambio
4. Consumo de alcohol	4. Actividad/Reposo
5. Información sobre Diabetes	5. Precepción/Cognición
6. Emociones	6. Autopercepción
7. Adherencia terapéutica	7. Rol/Relaciones
	8. Sexualidad
	9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés
	10. Principios vitales
	11. Seguridad/Protección
	12. Confort
	13. Crecimiento/Desarrollo

Fuente: IMEVID,¹⁷ NANDA-I.¹²

El mapeo se realizó identificando la equivalencia del dominio del estilo de vida Nutrición con el *dominio Nutrición* de la NANDA-I, referente a las actividades de ingerir, asimilar y metabolizar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía. El dominio de la NANDA-I *Promoción de la salud*, referente a la toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias utilizadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función, fue incluyente de los dominios del estilo de vida: Actividad física, Consumo de tabaco, Consumo de alcohol y Adherencia terapéutica. En el mismo contexto, se encontró aproximación entre el dominio del estilo de vida Información sobre Diabetes con el dominio de la NANDA-I *Percepción/Cognición*: descrito como el sistema de procesamiento de la información humana que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación. Para finalizar el dominio del estilo de vida Emociones se vinculó con dos dominios de la NANDA-I: *Afrontamiento/Tolerancia al estrés*, relativo a la forma de hacer frente a los acontecimientos o procesos vitales; y *Seguridad/Protección*, definido como la ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

Posteriormente se determinaron los diagnósticos de enfermería con el método inductivo de acuerdo a la definición, los factores relacionados o de riesgo y las características definitorias, se ratificaron con el método deductivo ordenando los diagnósticos de enfermería con las características biológicas, psicológicas y sociales del anciano y las manifestaciones de la DM2.

Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva, la presentación de los datos en tablas con frecuencias. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Jurisdicción Sanitaria No. 4 Tenango del Valle MCSSA015345 del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), los participantes aceptaron de forma voluntaria, manifestado con la firma del consentimiento informado.

7.1.6. Resultados

Datos biológicos y socioeconómicos

Participaron 35 ancianos que viven con DM2, 28 del sexo femenino, media de edad de 72.3 ± 6.8 años, con un rango entre 61 y 88; la media del tiempo de diagnóstico con la enfermedad fue de 13.02 ± 10.6 años, con un rango entre 1 y 45; 16 presentaban una complicación de la DM2, la más frecuente fue la hipertensión arterial sistémica, 13 presentaban otras enfermedades como: colesterolemia, insuficiencia venosa, colitis, artritis, osteoporosis, vértigo, colelitiasis, hipotiroidismo, asma y cataratas. 19 ancianos eran viudos, 18 dependían económicamente de la familia (hijos o esposo); todos los ancianos entrevistados contaban con seguridad social, lo que implica que tienen acceso a los servicios de salud. Para mayor detalle se presenta la frecuencia de los datos biológicos y socioeconómicos en la tabla No. 1.

Tabla No. 1 Distribución de los ancianos que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 en cuanto a la frecuencia, según los datos biológicos y socioeconómicos. Santa María Rayón, M, México, 2016. (n=35)

Datos biológicos y socioeconómicos	N
Sexo	
Femenino	28
Masculino	7
Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2	
Presente	18
Ausente	17
Comorbilidad	
Presente	13
Ausente	22
Tratamiento farmacológico	
Metformina	11
Metformina con Glibenclamida	10
Metformina con Insulina	3
Insulina	1
Glibenclamida	1
Desconocían	7
Ninguno	2
Estado civil	
Viudo	19
Casado	15
Soltero	1
Tipo de familia	
Extensa	18
Nuclear	14
Solo	3
Dependencia económica	
Familia (esposo o hijos)	18
Pensión	8
Apoyo gubernamental	3
Trabajo	2
Trabajo y apoyo gubernamental	2
Pensión y trabajo	1
Ahorros	1

Estilo de vida

En 10 de los ancianos se identificó un estilo de vida muy saludable, lo que significa que consumen verduras y frutas todos los días de la semana, adicionalmente ingieren menos de tres tortillas y menos de un pan al día, nunca agregan sal extra a los alimentos o azúcar a las bebidas, hacen colaciones, no consumen alimentos fuera de casa y cuando terminan de comer no piden que les sirvan más; en 23 se

determinó con estilo de vida saludable, quienes algunas veces dejan de cumplir los estándares del estilo de vida muy saludable y dos con estilo de vida poco saludable, en el que pocas veces cumplen el estilo de vida muy saludable; la clasificación de acuerdo a sexo se puede observar en la tabla No. 2

Tabla No. 2 Frecuencia de la clasificación del Estilo de vida de los ancianos que viven con Diabetes Mellitus tipo 2, según sexo. Santa María Rayón, M, México, 2016. (n=35)

Clasificación del Estilo de vida	Hombres	Mujeres
Muy saludable	1	9
Saludable	6	17
Poco saludable	0	2

La prevalencia o caracterización de los diagnósticos de enfermería de cada dominio de la NANDA-I, identificados en los ancianos que viven con DM2 se presentan en la tabla No. 3

Tabla No. 3 Caracterización de diagnósticos de enfermería en los ancianos que viven con Diabetes Mellitus tipo 2. Santa María Rayón, M, México, 2016. (n=35)

Diagnóstico de enfermería	n
Dominio 1. Promoción de la salud	
00231 Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	35
00078 Gestión ineficaz de la salud	8
00079 Incumplimiento	25
0168 Estilo de vida sedentario	31
Dominio 2. Nutrición	
00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable	29
00233 Sobrepeso	22
00232 Obesidad	6
Dominio 5. Precepción/Cognición	
00126 Conocimientos deficientes (sobre el control de la Diabetes Mellitus tipo 2)	29
Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés	
00241 Deterioro de la regulación del estado de ánimo	21
Dominio 11. Seguridad/Protección	
00150 Riesgo de suicidio	1
00155 Riego de caídas	30

7.1.7. Análisis y Discusión

En el presente estudio, la cuantificación del estilo de vida del grupo de ancianos que vive con DM2 fue determinada de la siguiente forma: 65.7 % como saludable, 28.6 % muy saludable y 5.7 % poco saludable; similar a lo encontrado en un estudio realizado en Monterrey, México, en el que reportan 56 % saludable, 29% muy saludable, y 13.8 % poco saludable; en el que la muestra fue 65 personas que viven con DM2, la mayoría tenía entre 40 y 59 años de edad.¹⁹ Lo que sugiere que los adultos y ancianos que viven con diabetes, practican un estilo de vida saludable.

El estilo de vida saludable en los ancianos ayuda a prevenir complicaciones con relación a su patología obteniendo de esta manera un mejor bienestar durante su vida y disminuir la presencia de complicaciones.¹⁸ Los ancianos que viven con DM2 refirieron un estilo de vida saludable; no obstante, se encontraron características definitorias que conducen a diez diagnósticos de enfermería de la NANDA-I:¹²

En el *dominio 1. Promoción de la Salud*, se caracterizó que el total de los participantes presentaban el diagnóstico “Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano”: porque los 35 vivían con DM2 y 13 sufrían adicionalmente otra enfermedad crónica, 20 eran mayores de 70 años, 31 manifestaron un estilo de vida sedentario y cinco habían sufrido de caídas; 25 con el diagnóstico “Incumplimiento”: 14 por no seguir las indicaciones médicas, 11 por sufrir una complicación de la DM2 y siete por no seguir indicaciones y padecer una complicación; ocho ancianos con el diagnóstico “Gestión ineficaz de la salud”: por no emprender acciones para reducir los factores de riesgo, como fumar o ingerir bebidas alcohólicas, lo que favorece la aparición de complicaciones.²⁰

El diagnóstico “Estilo de vida sedentario” se manifestó en 31 ancianos, a pesar de que todos participaban en un programa que incluye actividad física, haciendo por lo menos 15 minutos de ejercicio aeróbico, de respiración y estiramiento, de una a

dos veces por semana, diez personas sólo se ejercitan cuando participaban en este programa y seis casi nunca lo hacen, debido a fracturas previas e historial de caídas. Por otra parte seis ancianos que viven con DM2 se mantenían ocupados fuera de las actividades habituales sólo algunas veces y cinco casi nunca; en el tiempo libre 15 ancianos realizaban trabajos en casa y 16 ejecutaban actividades sentados como tejer o ver la televisión; con lo anterior se identifican los siguientes factores relacionados: actitudes, creencias y / o hábitos de salud que dificultan la práctica del ejercicio, falta de apoyo social y presencia de dolor, que no se encuentran en la taxonomía NANDA-I, sin embargo fueron determinados en la validación del diagnóstico de enfermería realizada por expertos en personas con hipertensión.²¹

En el *dominio 2. Nutrición* se establecieron tres diagnósticos de enfermería: “Riesgo de nivel de glicemia inestable”: ya que 29 ancianos no contaban con conocimiento suficiente sobre el manejo de la DM2, 19 tenían un manejo inefectivo de la medicación y 14 no se adherían al plan terapéutico, específicamente el plan de alimentación, pues hay evidencia de baja ingesta de vegetales, consumo alto de bebidas azucaradas, pan y tortilla, lo cual es fundamental para alcanzar el control glucémico y de peso.²² Lo anterior se acredita con el diagnóstico “Sobrepeso” estructurado para 22 ancianos que tenía un índice de masa corporal (IMC) mayor que 25 kg/m²; y seis para “Obesidad”, por contar con un IMC mayor que 30 kg/m².

En el *dominio 5. Precepción/Cognición*, se determinó el diagnóstico “Conocimientos deficientes (sobre el control de la DM2)” en 29 ancianos, evidenciado porque 27 participantes no habían asistido a alguna platica para personas que viven con DM2, y dos ancianos habían asistido a una o dos platicas.

En el *dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés*, se dictaminó en 21 ancianos el diagnóstico “Deterioro de la regulación del estado de ánimo”, 20 manifestaron sentir tristeza, 12 de ellos además se enojaban con facilidad, y uno sólo se sentía

irritable; atribuibles a las pérdidas del anciano, en específico la salud, ya que la satisfacción con la vida está relacionada con la salud autopercebida,²³ conjuntamente con otras pérdidas como muerte de conyugue, desempleo, cambios de estructura familiar (matrimonio o divorcios de los hijos, cambios de residencia de un miembro de la familia), problemas económicos, etc., el anciano que vive en familia extensa hacia propios los problemas sociales, sentimentales y económicos de los hijos y nietos, los que viven en familia nuclear manifiestan abandono.

Del dominio *11. Seguridad/Protección*, se identificó el diagnóstico “Riesgo de suicidio” en una anciana que manifestó tener pensamientos pesimistas sobre su futuro, incluso ideas suicidas, a pesar de tener un estilo de vida muy saludable; y el diagnóstico “Riesgo de caídas” en 30 ancianos por edad igual o mayor a 65 años, cinco referían historial de caídas, uno disponía del uso de dispositivos de ayuda (bastón), tres vivían solos, 29 tenían el riesgo de alteración en el nivel de glucosa en sangre, dos sufrían artritis y uno deterioro del equilibrio; la DM2 constituye un riesgo de caídas en un 27.37%.²⁴

La elaboración de los diagnósticos de enfermería en el presente trabajo comprobó que un diagnóstico de enfermería sucede junto a otros, (nombrado por la NANDA-I como síndrome) por lo que es mejor abordarlos en conjunto,¹² como evidencia tenemos los siguientes diagnósticos: “Riesgo de nivel de glucemia inestable”, que incluye los diagnósticos “Sobrepeso”, “Obesidad”, “Conocimientos deficientes”, “Estilo de vida sedentario”, “Gestión ineficaz de la salud” e “Incumplimiento”; así mismo, el diagnóstico “Deterioro de la regulación del estado de ánimo” engloba el diagnóstico “Riesgo de suicidio”; y en el mismo contexto el diagnóstico “Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano” incluye el diagnóstico “Riesgo de caídas”.

Los once diagnósticos fueron comparados con los resultados del estudio titulado validación de contenido de la clasificación de diagnósticos enfermeros 2015-2017 de la NANDA-I para el abordaje de la cronicidad en la atención primaria,²⁵

encontrando que ocho diagnósticos cumplen con la validación de contenido, con excepción de los diagnósticos “Riesgo de suicidio”, “Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano” y “Riesgo de caídas”, que tienen una puntuación baja por la falta de adecuación en personas con enfermedades crónicas, no obstante fueron encontrados en los ancianos que viven con DM2 del presente estudio, por lo que se sugiere incluirlos en el plan estandarizado.

En el trabajo titulado Diagnósticos de enfermería para pacientes diabéticos en uso de la insulina, fueron identificados los siguientes diagnósticos de enfermería: deterioro de la integridad, riesgo de infección, comportamiento de búsqueda de salud, trastornos del patrón del sueño, dolor crónico y el riesgo para la disfunción neurovascular periférica; la valoración fue realizada con base en la teoría de Autocuidado de Orem y los participantes eran personas de 60 años o más;²⁶ pese a ello, no se coincide con los diagnósticos identificados en el presente estudio en el que sólo cuatro personas se administraban insulina y la muestra fue mayor.

La individualización del plan de cuidados de enfermería debe tener como objetivo reducir o disminuir los factores relacionados y de riesgo, mostrando resultados de excelencia y autonomía dentro de los límites impuestos por la edad,²⁷ por lo que los diagnósticos de enfermería mostrados en el presente documento pueden ser usados para validar diagnósticos identificados en la práctica profesional y establecer planes de cuidados individuales.

7.1.8. Conclusiones

Los ancianos que viven con DM2 refirieron conductas que clasifican el estilo de vida como saludable y muy saludable, no obstante, tienen factores de riesgo y características definitorias muy particulares que requieren que el cuidado de enfermería sea individual y específico, en comparación con el resto de personas que viven con DM2.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se sugiere que, de ser necesario un plan de cuidados estandarizado para el anciano que vive con DM2, integre como mínimo el diagnóstico de enfermería “Riesgo de nivel de glucemia inestable”, “Deterioro de la regulación del estado de ánimo” y “Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano”, para contribuir a un estilo de vida muy saludable, considerando los datos biológicos y socioeconómicos, con la finalidad de alcanzar el control de la enfermedad, prevenir complicaciones y aumentar la calidad de vida.

El instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID), es útil para la valoración del estilo de vida del adulto mayor que vive con Diabetes Mellitus tipo 2, mediante el cual se identifican los datos significativos que llevan a la elaboración de diagnósticos de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I son aplicables a grupos, así como al anciano que vive con DM2, con el fin de abordar la problemáticas de Salud Pública. Por lo que se sugiere intervenir con programas de Promoción de la Salud de forma grupal y con fundamento en una teoría de enfermería.

Limitaciones: Es necesario hacer investigación básica del lenguaje de enfermería, determinar la validez y fiabilidad de los diagnósticos, así como contar con un directorio de expertos en México.

7.1.9. Referencias bibliográficas

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [internet]. 7 ed. Bruselas (BE): International Diabetes Federation; 2015 [citado 2017 Sep 22]. Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org/>
2. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Rivera-Dommarco J, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 [Internet]. México (MX): Secretaría de Salud; 2016 [citado 2017 Sep 22]. Disponible

en:

http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

3. World Health Organization. Global Report on Diabetes [Internet]. Switzerland (SE); 2016 [citado 2017 Sep 22]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf
4. Fundación Mídete. Asumiendo el control de la diabetes [Internet]. México (MX): Instituto Nacional de Salud Pública; 2016 [citado 2017 Sep 25]. Disponible en: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf
5. Pender NJ, Murdaugh C, Parsons M. Health Promotion in Nursing Practice. Michigan (MI): Prentice Hall; 2006.
6. American Diabetes Association Position Statement: Standards of Medical Care in Diabetes—2017. Diabetes Care [Internet]. 2017 [citado 2017 Sep 25]; 40(Suppl. 1):S1–S138. Disponible en: https://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/a_bridged_standards_of_medical_care_in_diabetes_2017_0.pdf
7. Echeverría Pérez P. Investigación en metodología y lenguajes enfermeros. Barcelona: Elsevier; 2016. 335 p.
8. Díaz RMG. Filosofía de la ciencia del cuidado, Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería. Rev Iberoam las Ciencias la Salud [Internet]. 2013 Ene - Jun [citado 2017 Sep 25]; 2(3):21-35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5045738>
9. Doenges ME, Moorhouse MF. Proceso y diagnósticos de enfermería: aplicaciones. México (MX): El Manual Moderno; 2014.
10. Aristizabal HGP, Blanco BDM, Sánchez RA, Ostiguín MRM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Univ [Internet]. 2011 Oct - Dic [citado 2017 Sep 25]; 8(4):16-23. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/32991>

11. Flores MJA, Giménez FM, Echeverría PP. Investigación sobre el proceso diagnóstico enfermero. En: Echeverría PP, editor. Investigación en Metodología y Lenguajes Enfermeros. Polonia (PL): Elsevier; 2016.
12. Herdman HT, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. 10a ed. España (ES): Elsevier; 2015.
13. Caballero E, Aguilar N, Alegría M, Díaz I, Chacón C, Hernández A, et al. Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el proceso de enfermería. Enfermería: Cuidados Humanizados [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Sep 25];4(1):39-45. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/articulo/view/530>
14. Cañón-Montañez W, Rodríguez-Acelas AL. Desarrollo de la investigación en diagnóstico de enfermería. Revista Cuidarte [Internet]. 2010 Ene - Dic [citado 2017 Sep 25]; 1(1):63-72. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533177009>
15. Gómez-Ortega OR, Amaya-Rey MCP. ICrESAI-IMeCI: instrumentos para elegir y evaluar artículos científicos para la investigación y la práctica basada en evidencia. Aquichán [Internet]. 2013 Dic [citado 2018 Feb 12]; 13(3):407-420. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000300009&lng=pt.
16. Santos de França M, Pedrosa Leal L, Pontes Cleide M. Estudios de validación de instrumentos de medición en lactancia materna. Index Enferm [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Feb 12]; 26(1-2):77-81. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100017&lng=pt.
17. López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Murguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica Mex [Internet]. 2003 Jul - Ago [citado 2017 Sep 25]; 45(4):259-68.

- Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2003/sal034d.pdf>
18. Ramírez OMM, Ascanio CM, Coronado CMDP, Gómez MCA, Mayorga ALD, Medina OR. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Cienc y Cuid [Internet]. 2011 [citado 2017 Sep 25]; 8(1):21-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3853505>
 19. Cantú PC. Lifestyle in patients with type 2 Diabetes mellitus. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2014 [citado 2017 Sep 25]; (27):1-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.15996>
 20. Saltos-Solís M. Estilos de vida y factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus Tipo 2 . Revista Ciencia UNEMI [Internet]. 2012 Jul [citado 2017 Sep 25]; (7):8-19. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/2989/1/ESTILOS%20DE%20VIDA%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20ASOCIADOS%20A%20DIABETES%20MELLITUS%20TIPO%202.pdf>
 21. Moreira RP, Guedes NG, Lopes MVO, Cavalcante TF, Araújo TL. Nursing diagnosis of sedentary lifestyle: expert validation. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2014 Sep [citado 2017 Nov 08]; 23(3):547-554. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300547&lng=en.
 22. Sánchez PMR. Guía de respuestas en diabetes. Revista Andaluza de Atención Primaria [Internet]. 2014 Sep [citado 2017 Sep 25]; (Ext):1-74. Disponible en: <http://www.semergenandalucia.org/docs/libroDiabetes.pdf>
 23. Reis KMC, Jesus CAC. Relationship of polypharmacy and polypharmacy with falls among institutionalized elderly. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 Jul [citado 2018 Feb 12]; 26(2):e03040015. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200325&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003040015>.
 24. Román XAS, Toffoletto MC, Sepúlveda JCO, Salfate SV, Grandón KLR. Factors associated to subjective wellbeing in older adults. Texto Contexto

- Enferm [Internet]. 2017 [citado 2018 Feb 13]; 26(2):e5460015. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200312&lng=en. Epub June 26, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005460015>.
25. Ruymán Brito-Brito P, Sánchez-Herrero H, Fernández-Gutiérrez DÁ, García-Moreno V, Rodríguez-Álvaro M. Validación de contenido de la clasificación de diagnósticos enfermeros 2015-2017 de NANDA-I para el abordaje de la cronicidad en atención primaria. Ene [Internet]. 2016 Dic [citado 2017 Sep 25]; 10(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000300002&lng=es.
26. Becker TAC, Teixeira CRDS, Zanetti ML. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Sep 25]; 61(6):847-52. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a09v61n6.pdf>
27. Almeida MA, Aliti GB, Franzen E, Thomé EGR, Unicovsky MR, Rabelo ER, et al. Prevalent nursing diagnoses and interventions in the hospitalized elder care. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2008 Aug [citado 2017 Sep 25]; 16(4):707-11. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400009>.

7.2. Artículo Enviado

Promoción de la salud en el estilo de vida del anciano que vive con diabetes

Gabriela Maldonado Muñiz¹

Beatriz Arana Gómez²

Lucila Cárdenas Becerril³

Gloria Solano Solano⁴

1. Maestra en Ciencias de Enfermería, estudiante de Doctorado en Ciencias de la Salud en el la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca de Lerdo, Estado de México, México.
2. Doctora en Enfermería, Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca de Lerdo, Estado de México, México.
3. Doctora en Educación, Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca de Lerdo, Estado de México, México.
4. Doctora en Enfermería, Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto, Hidalgo, México.

7.2.1. Página frontal del manuscrito

Revista da Escola de Enfermagem da USP



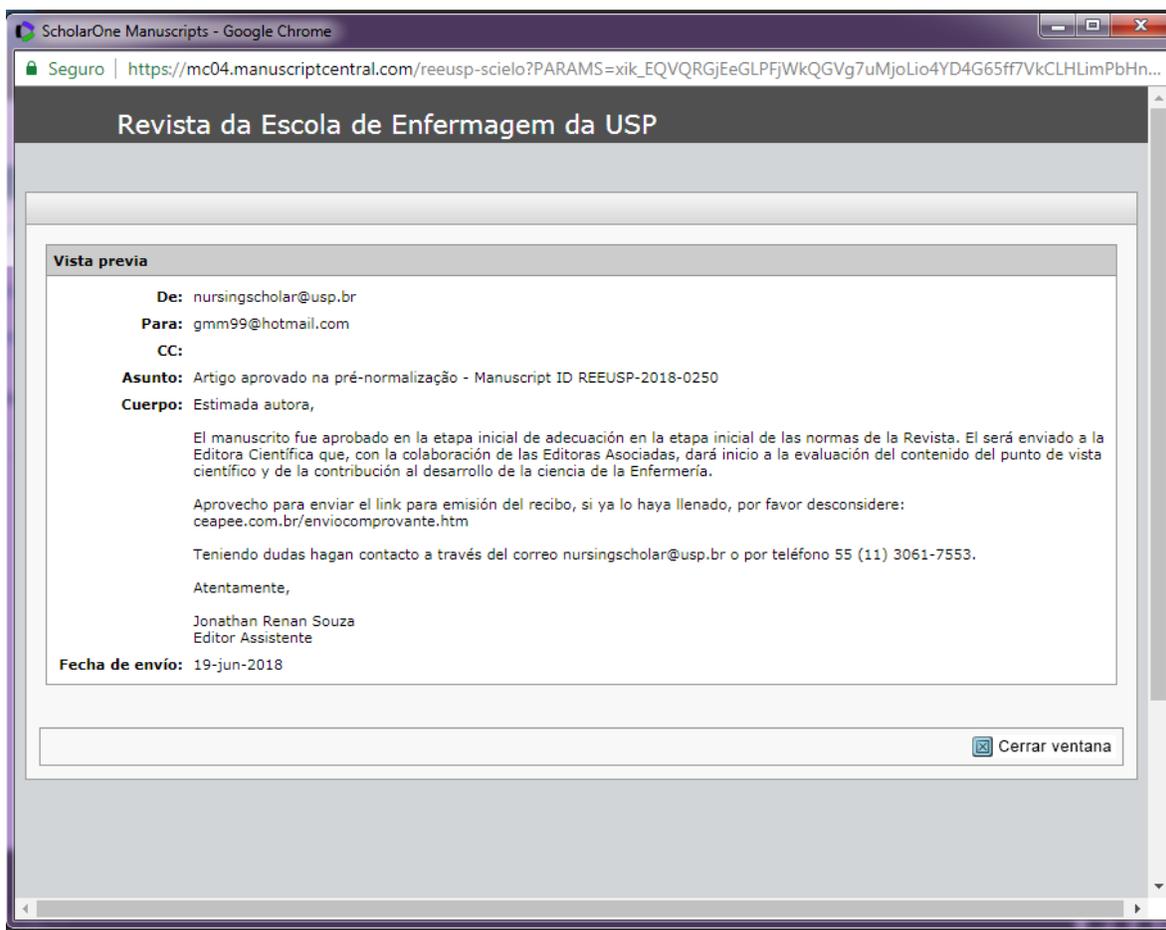
Promoción de la salud en el estilo de vida del anciano que vive con diabetes

Journal:	<i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>
Manuscript ID	REEUSP-2018-0250
Manuscript Type:	Original Article
Descriptors - Please find your keywords from the following lists http://decs.bvs.br/ and http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh .:	Promoción de la Salud, Estilo de Vida, Anciano, Diabetes Mellitus Tipo 2

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>

7.2.2. Carta de Envío



7.2.3. Resumen

Objetivo: Evaluar el efecto de la Promoción de la Salud en el estilo de vida del anciano que vive con diabetes. **Método:** Estudio cuantitativo, preprueba / postprueba con un solo grupo, n=11, 10 mujeres y 1 hombre, edad 71.18 ± 5.6 años, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, enlistados en las actividades de una Casa del Adulto Mayor, entre mayo y agosto de 2016. Posterior a la firma del consentimiento se cuestionó sobre factores personales biológicos y socioeconómicos; se aplicó el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (α de Cronbach de .81), antes y después de la ejecución de la Promoción de la Salud con fundamento en el Modelo de Pender. El análisis estadístico se ejecutó mediante el Statistical Package for the Social Sciences

versión 21. Resultados: 7 ancianos demostraron un estilo de vida saludable y 4 muy saludable, antes y después de la Promoción de la Salud, no obstante la media de la puntuación del estilo de vida pasó de 66.36 ± 11.05 a 73.09 ± 8.11 , se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon y se obtuvo $p=0.036$, considerado estadísticamente significativo. Conclusión: El programa de Promoción de la Salud con fundamento en el Modelo de Promoción de la Salud aumenta el estilo de vida del anciano que vive con diabetes.

Descriptores: Promoción de la Salud; Estilo de Vida; Anciano; Diabetes Mellitus Tipo 2.

7.2.4. Introducción

En México, 72.7 % de las personas que viven con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) son mayores de 60 años; éstas no sólo necesitan de un tratamiento farmacológico adecuado, sino que precisan modificar el estilo de vida incluyendo un plan de alimentación bajo en grasas y en hidratos de carbono caminatas de 30 minutos, medicación farmacológica (metformina como tratamiento de elección), automonitoreo de glicemia capilar y la promoción de la salud, una tarea difícil, principalmente en la vejez⁽¹⁻³⁾.

Cambiar de hábitos es 21 veces más barato que tratar una diabetes complicada, al poseer más información sobre la finalidad del tratamiento y los riesgos de seguir o no, las personas se adhieren más a los tratamientos; no obstante, diversas investigaciones demuestran que el anciano que vive con DM2 no se apega a un plan de alimentación prescrito, consume los alimentos de su agrado y que están a su alcance, la actividad física es limitada, individual y en el marco del hogar, el cuidado de la salud es escaso por la falta de acceso a la información para el control de la enfermedad, aunque existe bajo consumo de sustancias tóxicas como alcohol y tabaco⁽⁴⁻⁷⁾.

El profesional de enfermería puede ayudar al anciano a lograr un estilo de vida saludable con un programa de Promoción de la Salud con fundamento en el Modelo de Nola Pender, quien afirma que las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud^(6,8-10).

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la Promoción de la Salud en el estilo de vida del anciano que vive con DM2, inscrito en las actividades de una Casa del Adulto Mayor, entre abril y agosto de 2016.

7.2.5. Método

Tipo del estudio: estudio con enfoque cuantitativo, preprueba / postprueba con un solo grupo.

Escenario: la población total fue de 30 ancianos con diagnóstico de DM2 que asistían a las actividades programadas en una Casa del Adulto Mayor

Criterios de selección: se incluyó a los ancianos funcionalmente independientes, con diagnóstico de DM2 que asistían a las actividades programadas en una Casa del Adulto Mayor y que aceptaron participar voluntariamente, firmando el consentimiento informado, apegado a la Declaración de Helsinki; se excluyó a una persona porque presentaba discapacidad auditiva y se aplicaron los criterios de eliminación a las personas que no asistieron como mínimo al 50% de las sesiones de Promoción de la Salud, a consecuencia de la inasistencia a las actividades de la Casa del Adulto Mayor por haberse sentido enfermos, por haber tenido citas en instituciones de salud en otros municipios o estados, por haber visitado a sus hijos en otras ciudades o por cambio de residencia.

Definición de la muestra: posterior a la aplicación de los criterios de selección, estuvo conformada por 11 ancianos funcionalmente independientes; 10 mujeres y un hombre.

Colecta de datos: Para describir las características de la población, se identificaron los factores personales biológicos y socioeconómicos, mediante entrevista y con apoyo de un cuestionario elaborado exprofeso.

Se midió el estilo de vida en el anciano que vive con DM2 antes y después de la aplicación del programa de Promoción de la Salud, con apoyo del Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID), compuesto por 25 ítems, agrupados en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. Tiene una confiabilidad calculada con α de Cronbach de 0.81 para la calificación total⁽¹¹⁾. Cada ítem tiene tres opciones de respuesta a los que se les asignaron los valores de 0, 2 y 4, siendo éste el valor ideal de acuerdo a la conducta realizada. Se utilizó la siguiente escala: (100-75) muy saludable, (74-50) saludable, (49-25) poco saludable, (24-0) no saludable⁽¹²⁾.

La intervención de enfermería fue un programa de Promoción de la Salud, estructurado posterior a la valoración individualizada del estilo de vida de los participantes, y con el objetivo de modificar éste en el anciano que vive con diabetes; los contenidos abordados se presentan en el Cuadro No. 1 y están relacionados con lo recomendado en la Guía de Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención, la estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, la Asociación Americana de Diabetes; así como en revistas especializadas⁽¹³⁻¹⁸⁾.

Cuadro No. 1 Contenidos de la Promoción de la Salud dirigida al anciano que vive con DM2, Santa María Rayón, Mex., México, 2016.

Conceptuales	Procedimentales	Actitudinales
<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes Mellitus Tipo 2: concepto, causas, tratamiento, complicaciones agudas y crónicas. - Control metabólico, glicemia capilar, glicemia central, hemoglobina glucosilada, tensión arterial, colesterol, triglicéridos. - Antidiabéticos orales e insulina, tipos, mecanismo de acción. - Grupos de alimentos: carbohidratos, proteínas, vegetales y grasas. - Tipos de actividad física. - Mitos de la diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de un plan de alimentación. - Conteo de carbohidratos. - Ejecución de un plan de ejercicio. - Medición de glicemia capilar. - Aplicación de insulina. 	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios de apegarse al tratamiento en los niveles de glucemia. - Identificación de barreras, influencias interpersonales y situacionales del adulto mayor que vive con diabetes. - Establecer compromiso con un plan de acción.

El programa de promoción de la salud se implementó en un periodo de cuatro meses, con un total de 20 horas; los contenidos se abordaron en diez sesiones semanales, no consecutivas, a consecuencia de las actividades institucionales programadas en la Casa del Adulto Mayor; la ejecución fue con base en los supuestos y afirmaciones teóricas del Modelo de Promoción de la Salud:

Los contenidos conceptuales fueron expuestos en forma oral, con apoyo de preguntas dirigidas para identificar los conocimientos previos, se aclararon los

conceptos principales y se utilizó la repetición. Adicionalmente, para abordar los contenidos procedimentales se explicó, con apoyo de imágenes y mediante la técnica de la demostración, los ancianos hicieron la devolución del procedimiento, fortaleciendo la percepción de autoeficacia. Antes de concluir cada sesión, se hizo activación física. Finalmente, para agotar los contenidos actitudinales se establecieron los beneficios de la modificación de las conductas, se identificaron y eliminaron las barreras, se reconocieron las influencias interpersonales y situacionales, de forma grupal se propusieron estrategias, de forma individual se estableció un compromiso con un plan de acción, que implicaba la modificación de una conducta a la vez⁽⁹⁾.

Análisis y tratamiento de datos: se elaboró una base de datos en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21. Se compararon los resultados de la preprueba con los de la posprueba, con la Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas o Prueba de los Signos, con el fin de determinar su significancia ($p < 0.05$), para lo que se estableció la hipótesis de trabajo: la puntuación preprueba del estilo de vida del anciano que vive con DM2 es menor a la puntuación posprueba; así como la hipótesis nula: la puntuación preprueba del estilo de vida del anciano que vive con DM2 es igual a la puntuación posprueba.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Jurisdicción Tenango del Valle, perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México. Los ancianos aceptaron participar en forma voluntaria y firmaron una carta de consentimiento informado.

La redacción del documento se realizó bajo las directrices de SQUIRE⁽¹⁹⁾.

7.2.6. Resultados

Factores personales biológicos: en total 11 ancianos participaron en el estudio: 10 mujeres y un hombre, con edades entre 63 y 82, con una media de 71.18 ± 5.6

años. El tiempo de diagnóstico de la DM2 fue entre 3 y 45 años, con una media de 18.4 ± 12.7 años; cuatro ancianos presentaban Hipertensión Arterial Sistémica como complicación de la DM2; nueve ancianos ingerían antidiabéticos orales, una persona los combinaba con insulina y dos personas desconocía los medicamentos que consumían: ambas mujeres, una de ellas con 78 años de edad y 45 viviendo con DM2, habita sola y depende económicamente de su pensión; la otra persona de 72 años y 3 viviendo con DM2, habita con su familia de quien depende económicamente (Ver tabla No.1).

Tabla No. 1 Medicamentos que ingerían los ancianos que viven con diabetes, Santa María Rayón, Mex, México, 2016.

Medicamento	Frecuencia
Metformina	5
Metformina / Glibenclamida	2
Metformina / Insulina	1
Glibenclamida	1
Desconoce	2

Factores personales socioeconómicos: del total de los ancianos participantes (N=11), dos eran casados y vivían en familia nuclear, nueve eran viudos, ocho de los viudos vivían en una familia extensa y uno vivía solo. Cuatro ancianos dependían económicamente de su familia (esposo o hijos), cuatro trabajaban y tres recibían pensión. Todos contaban con acceso a los servicios de salud gratuitos.

Estilo de vida: en la preprueba siete ancianos manifestaron conductas que correspondían a un estilo de vida saludable y cuatro a muy saludable, posterior a la implementación del programa de Promoción de la salud, se hace el comparativo postprueba, en el que se encontró el mismo número, aunque no fueron las mismas personas.

En la preprueba la calificación del dominio nutrición disminuye, la del dominio actividad física se mantiene, al igual que las emociones; el dominio consumo de tabaco fue el mejor evaluado tanto en la preprueba como en la postprueba; en la preprueba el dominio con menor calificación fue el de información sobre DM2, ya que sólo tres ancianos tenían acceso a ella, en la postprueba es el dominio que más aumentó. La media de la calificación de las conductas del estilo de vida de los ancianos que viven con diabetes pasó de 66.36 ± 11.05 puntos en el preprueba a 73.09 ± 8.11 puntos el postprueba. En la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas, se obtuvo una $z=2.18$, $p=0.036$ por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: la puntuación preprueba del estilo de vida del anciano que vive con DM2 es menor a la puntuación posprueba. Ver la tabla No. 2. En la evaluación individual, se puede observar que la calificación del estilo de vida en la preprueba es menor con relación a la postprueba. Ver figura No. 1

Tabla No. 2 Calificación media preprueba y postprueba de cada dominio del estilo de vida del anciano que vive con diabetes. Santa María Rayón, Mex, México, 2016.

Dominio	Preprueba	Postprueba
Nutrición	26.18 ± 4.77	25.81 ± 5.89
Actividad física	7.27 ± 2.57	7.27 ± 3.13
Consumo de tabaco	7.63 ± 1.2	8
Consumo de alcohol	6.54 ± 2.69	7.09 ± 2.07
Información sobre diabetes	2.18 ± 3.73	6.18 ± 2.08
Emociones	6.9 ± 2.25	6.9 ± 2.87
Adherencia terapéutica	10.54 ± 4	11.81 ± 3.15
Total	67.27 ± 10.7	$73.09 \pm 8.11^*$

* $p>0.05$

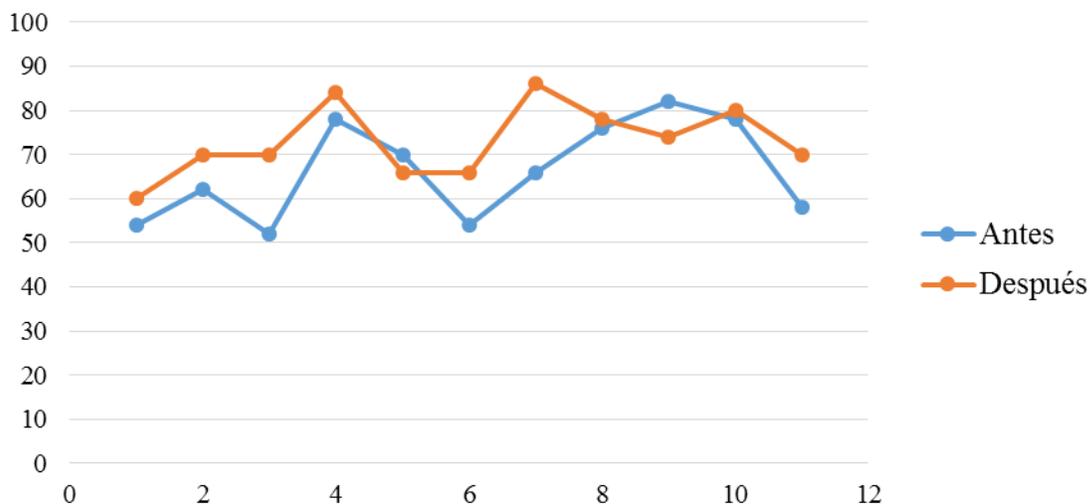


Figura No. 1 Puntuación del estilo de vida de los ancianos que viven con DM2, antes y después de la Promoción de la Salud. Santa María Rayón, Mex, México, 2016.

7.2.7 Discusión

Se puede observar que la implementación del programa de Promoción de la Salud no mejoró los comportamientos del estilo de vida en el dominio de nutrición, esto puede ser debido a la dependencia familiar que tiene el anciano, ya que ingiere lo que le proporcionan en la dieta familiar, así como de las costumbres arraigadas en la cultura, evidenciadas en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, que expone que sólo el 42.3% de los adultos en México ingiere verduras, con mayor consumo en la zona urbana que en la rural y que el 85.7% de la población adulta en la zona centro del país consume bebidas no lácteas azucaradas; lo que ha disparado la prevalencia de sobrepeso, obesidad y DM2⁽¹⁾.

En el dominio de emociones se encontró una equivalencia antes y después de la Promoción de la Salud, esto se debe a que los contenidos del programa no abordaron la esfera psicológica, una limitante del presente estudio; se encontró que siete ancianos manifestaron sentir tristeza algunas veces y dos casi siempre; no obstante, reían y cantaban durante los ejercicios de estiramiento y baile; cuatro

participantes refirieron que algunas veces tenían pensamientos pesimistas sobre el futuro, mientras que dos personas los tenían casi siempre, una porque su nuera falleció de DM2 hace unos meses y otra refirió ideas suicidas, así mismo manifestó que le ayuda asistir a la Casa del Adulto Mayor, fundamentado en que la asociación con otros y la actividad física contribuyen al bienestar subjetivo⁽²⁰⁾.

La media en el dominio actividad física fue de 7.27 antes y después de la aplicación del Programa de Promoción de la Salud, ya que en éste se mantuvo la actividad programada en la Casa del Adulto Mayor, una persona refirió no hacer ejercicio porque sufría de dolor de cadera, nueve realizaban actividades sedentarias en su tiempo libre como tareas escolares propias, ver televisión, tejer, bordar, leer y descansar; por lo anterior, se sugiere que los programas dirigidos al adulto mayor que vive con DM2 incluyan actividad física diaria, con el propósito de prevenir síntomas depresivos que se asocian a la inactividad física⁽²¹⁾, así como la prevención de la fragilidad física en ancianos⁽²²⁾.

En un estudio realizado con usuarios del Club de Diabéticos en Ecuador, en el que midieron el estilo de vida, reportaron el consumo de tabaco con una media de 7.68 y de alcohol 6.74, siendo el valor máximo de ocho⁽²³⁾, lo que indica que las personas que viven con diabetes evitan el consumo de tabaco y alcohol. En el presente estudio, en los dominios consumo de tabaco y de alcohol, la media aumentó ligeramente posterior a la aplicación del programa de Promoción de la Salud, en el consumo de tabaco pasó de 7.63 a 8, porque una persona que alguna vez fumaba lo dejó de hacer; en el consumo de alcohol pasó de 6.54 a 7.09, en el que una persona que ingería una vez por semana tres bebidas, cambió a dos bebidas una vez por semana, así mismo se identificó una persona que rara vez ingería una bebida alcohólica, y decidió dejarlo de hacer.

En el dominio de adherencia terapéutica en los usuarios del Club de Diabéticos en Ecuador se reporta una media de 13.3⁽²³⁾, mayor a la media reportada en el presente estudio, en el que antes de la intervención fue de 10.5 y posteriormente

de 11.81, el valor máximo fue de 16 alcanzado por tres ancianos en la medición posterior. Asociado a estos resultados, en una Clínica de Diabetes en el estado de Nuevo León, en México, se reportó que el 32% de los participantes informaron haber olvidado alguna vez tomar los medicamentos⁽²⁴⁾; en el presente estudio, 45% de los ancianos que viven con diabetes manifestaron olvidar tomar sus medicamentos alguna vez o frecuentemente, posterior a la implementación del programa de Promoción de la Salud, esto puede ser porque la población tiene mayor edad.

El efecto predominante fue en el dominio de información sobre DM2, en el que la media pasó de 2.18 a 6.18, la puntuación máxima fue de 8; antes de la aplicación del programa de Promoción de la Salud, ocho personas no habían asistido nunca a una plática sobre DM2 y no trataban de obtener información de forma independiente, a pesar de ser derechohabiente del sistema de salud de México, el acceso a la información confiable es mínima, por lo que los ancianos que viven con DM2 creen en mitos como “la persona que vive con diabetes puede comer de todo pero en pocas cantidades”, “la insulina es mala”, “la dieta para la persona que vive con diabetes consiste en dejar de comer dulces”, entre otros.

En un estudio realizado en los Centros de Salud Urbanos del Área Metropolitana de Monterrey, N.L., México, se encontró que el 70,7% de la población tiene un estilo de vida inadecuado⁽⁵⁾, distante a lo obtenido en los ancianos que viven con DM2 en el que todos indican un estilo de vida saludable o muy saludable, la razón puede ser que la edad es mayor, relacionado con la conciencia del cuidado de la salud, la otra razón podría ser porque muchos de éstos aseguran llevar una dieta para diabético, disminuyendo el consumo de alimentos azucarados; no obstante, el consumo de más de tres tortillas al día y alimentos fritos son parte de su vida.

7.2.8 Conclusión

La implementación de un programa de promoción de la salud aumenta la calificación del estilo de vida del anciano que vive con DM2, principalmente en el dominio información sobre DM2.

El estilo de vida que refiere el anciano que vive con DM2 es saludable, sin embargo puede mejorar a muy saludable, por lo que se requieren intervenciones de enfermería, específicamente de Promoción de la Salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos, tener el control de la enfermedad en el anciano que vive con diabetes es un reto para los profesionales de enfermería, ya que se deben contrarrestar mitos sobre la diabetes, por ejemplo, el que puede comer de todo pero en pocas cantidades, ya que “hacen como que se cuidan” pero no consideran las porciones recomendadas, por lo que es común que sobrepasen los requerimientos diarios.

Los ancianos que participan en las actividades de la Casa del Adulto Mayor, no son constantes en la asistencia, por lo que se sugiere que la Promoción de la Salud dirigida al anciano que vive con DM2 se otorgue en las instituciones de salud, desde la edad adulta y de forma permanente.

También se requiere hacer estudios posteriores con una muestra más numerosa, con grupo de control y considerando variables psicológicas como autoestima, para establecer protocolos de atención en un primer nivel de atención de forma integral.

7.2.9. Referencias

1. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Rivera-Dommarco J, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 [Internet]. Secretaría de Salud; 2016. 151 p. Disponible en:

http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

2. Sánchez Pérez MR. Guía de respuestas en diabetes. La Rev Andaluza Atención Primaria [Internet]. 2014 sep;1–74. Disponible en: <http://www.semergenandalucia.org/docs/libroDiabetes.pdf>
3. Secretaría de Salud. Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable [Internet]. Secretaría de Salud, editor. México; 2013. 1-25 p. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_657_13_dxtyxdedmenadultovulnerable/imss_657_13_dxtyxde_dm_en_adultovulnerableger.pdf
4. Oliveira LPBA, Santos SMA. Uma revisão integrativa sobre o uso de medicamentos por idosos na atenção primária à saúde. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):163–74. doi:10.1590/S0080-623420160000100021
5. Cantú-Martínez PC. Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. 2014 oct-dic;(27):1–14. doi:10.15517/revenf.v0i27.15996
6. Acosta García Y, Gómez Juanola M, Venero Gálvez M, Hernández Jiménez OR, del Busto Borges J. Comportamiento clínico epidemiológico de la diabetes mellitus en el anciano. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2013 Jun [citado 2018 abr. 13];17(3):92–101. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000300010&lng=es.
7. Anekwe TD, Rahkovsky I. Asociación entre el precio de los alimentos y la glucemia en adultos estadounidenses con diabetes de tipo 2. Am J Public Heal. 2014 abr;104(4):678–85. doi: 10.2105/AJPH.2013.301661.
8. Pender NJ. Health Promotion Model Manual [Internet]. Universidad of Michigan. 2011 [citado 2018 abr. 13]. p. 1–17. Disponible en: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing

- Practice. 7th ed. Pearson Education; 2014. 342 p.
10. Dube L, Van den Broucke S, Housiaux M, Dhoore W, Rendall-Mkosi K. Type 2 diabetes self-management education programs in high and low mortality developing countries: a systematic review. *Diabetes Educ.* 2015 feb;41(1):69–85. doi: 10.1177/0145721714558305
 11. López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Murguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2003 jul-ago[citado 2018 Abr 13];45(4):259–68. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n4/a04v45n4.pdf>
 12. Ramírez Ordóñez MM, Ascanio Carvajalino M, Coronado Cote MDP, Gómez Mora CA, Mayorga Ayala LD, Medina Ospino R. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cienc y Cuid* [Internet]. 2011[citado 2018 Abr 16];8(1):21–8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3853505>
 13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención [Internet]. México: CENETEC; 2014 [citado 2018 Abr 13]. 1-139 p. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GPC_Tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718GER.pdf
 14. Aliaga-Díaz E, Cuba-Fuentes S, Mar-Meza M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016 abr-jun;33(2):311–20. doi:10.17843/rpmesp.2016.332.2143
 15. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Nutrición, alimentación y actividad física si se tiene diabetes. [Internet]. 2014 [citado 2018 Abr 13];1–25. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/nutricion-alimentacion-actividad-fisica>
 16. Secretaría de Salud. Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes [Internet]. Secretaría de Salud, editor.

- México; 2013 [citado 2018 Abr 13]. 105 p. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf
17. Powers MA, Bardsley J, Cypre IDF M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes Self-Management Education and Support for Adults with Type 2 Diabetes: Algorithm of Care. *Diabetes Care*. 2015 jun;38:1372-1382. doi: 10.2337/dc15-0730
 18. American Diabetes Association. Foundations of care: education, nutrition, physical activity, smoking cessation, psychosocial care, and immunization. Sec. 4. In *Standards of Medical Care in Diabetes-2015*. *Diabetes Care*. 2015 ene;38(1 Suppl):S20–30. doi: 10.2337/dc15-S007
 19. Odrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence) Revised Publication Guidelines From a Detailed Consensus Process. *J Contin Educ Nurs*. 2015 nov;46(11):501–507 doi: 10.3928/00220124-20151020-02
 20. Guillen Pereira L, Bueno Fernández E, Gutiérrez Cruz M, Guerra Santiesteban J. Programa de actividad física y su incidencia en la depresión y bienestar subjetivo de adultos mayores. *Retos [Internet]*. 2018 [citado 2018 Abr 16];(33):14–9. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/49638/35594>
 21. Menezes AS, dos-Santos-Silva RJ, Tribess S, Romo-Perez V, Virtuoso-Júnior J. Inactividad física y factores asociados en personas mayores en Brasil. *Rev Int Med Cienc Act Fís Deport*. 2015;15(60):773–84. doi: 10.15366/rimcafd2015.60.010
 22. Lenardt MH, Binotto MA, Carneiro N, Cechinel C, Betioli S, Lourenço TM. Força de preensão manual e atividade física em idosos fragilizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2016 feb;50(1):88–94. doi:10.1590/S0080-623420160000100012
 23. Aguinaga Romero G, Barrera F. Determinación de factores que afectan la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus 2, que acuden

a un club de diabéticos. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2014 [citado 2018 Abr 16];39(1):69–78. Disponible en: http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/379

24. Moral J, Cerda MT. Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. Rev Iberoam Psicol y Salud. 2015 ene;6(1):19–27. doi:10.1016/S2171-2069(15)70003-7

8. Discusión General.

La Sistematización de la Asistencia de Enfermería y el Proceso de Enfermería incrementa la calidad de la asistencia, promueve autonomía y permite la unificación del lenguaje. Representa el cuerpo de conocimiento propio del profesional de enfermería que debe ser asumido, desarrollado, consolidado y valorizado, a pesar de ello sólo el 3 % del personal de enfermería refiere no tener dificultades para aplicarlos (Boaventura, dos Santos and Duran, 2017); en el presente trabajo se empleó el proceso de enfermería en el adulto mayor que vive con diabetes, iniciando con la valoración del estilo de vida, la identificación de once diagnósticos de enfermería (1er. artículo), la planeación y ejecución de la promoción de la salud como intervención de enfermería y la evaluación de los resultados (2do. artículo).

El Estilo de vida se muestra por dominios, Información sobre diabetes: 90 % (n=28) de los adultos mayores tiene un estilo de vida no saludable, ya que no ha recibido pláticas para personas con diabetes y no tratan de obtener información por su cuenta, sólo 3 (9.6 %) personas tienen un estilo de vida muy saludable en el que han asistido a más de 4 pláticas y buscan información para su cuidado; contrario a lo reportado en el artículo hábitos saludables: ¿qué clase de orientación recibe la población mayor de los profesionales de la salud?, realizado en Brasil (Ramos Flores et al., 2016), en el que la 67.9 % de los adultos mayores recibieron más de tres orientaciones en el año anterior, 18.7 % recibieron dos y 14.4 % recibió una orientación sobre hábitos saludables por profesionales de la salud. Lo que evidencia un área de oportunidad para que los profesionales de la salud de México realicen promoción de la salud.

Emociones: 74.1 % (n=23) de los adultos mayores tenían un estilo de vida saludable, algunas veces se enojan, se sienten tristes o tienen pensamientos pesimistas sobre el futuro; 16.12 % (n=5) tenían un estilo de vida muy saludable con respecto al manejo de emociones, 6.4 % (n=2) casi siempre se enojan, se sienten tristes y tienen pensamientos pesimistas sobre el futuro por lo que se

clasifican con un estilo de vida no saludable, y uno (3.2%) tenía estilo de vida poco saludable; esto se puede ser porque el diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo 2 afecta al adulto mayor en su esfera psicológica, debido a los momentos de ansiedad, desesperación y tristeza que en algún momento han experimentado. Además, el hecho de adaptarse a “una nueva vida”, con nuevos hábitos, como la restricción de alimentos, la implementación de ejercicio físico y de tratamiento farmacológico de por vida, son razones suficientes para que las personas diabéticas se depriman con facilidad (Jojoa, 2016); algunos adultos mayores que viven con diabetes manifestaron asistir a las actividades de la casa de día para sentirse mejor anímicamente. Por su parte, en el estudio Diabetes mellitus tipo 2 y depresión en adultos mayores de una comunidad rural poblana reportaron el 75% de los adultos mayores en algún nivel de depresión, lo que se relaciona con la presencia de una o más complicaciones propias de la diabetes y con su falta de adherencia terapéutica (Marín Chagoya et al., 2015).

En el dominio Nutrición: Las recomendaciones sobre las dietas deben ser adaptadas a la cultura, las preferencias y los objetivos personales del paciente pueden aumentar la calidad de vida, la satisfacción con las comidas y el estado nutricional(ADA, 2018), la problemática de México es que la alimentación es rica en carbohidratos y grasas; a pesar de ello 58% (n=18) de los adultos mayores que vive con diabetes tenían estilo de vida saludable, lo que significa que el consumo de verduras, frutas, pan, tortillas, azúcar y sal, así como la preparación de los alimentos y la frecuencia, en la mayoría de las veces es congruente con un plan nutricional adecuado a la situación de salud, similar a lo reportado en el estudio titulado Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor, realizado en Tabasco, México; en el que se evidencia un déficit en la alimentación en 29.2% de los adultos mayores estudiados (Merodio Pérez, Rivas Acuña and Martínez Serrano, 2015); por lo que se infiere que el adulto mayor que vive con diabetes modifica la dieta de acuerdo a las indicaciones del personal de salud o por lo menos es lo que reporta.

Adherencia terapéutica: 45.1 % (n=14) adultos mayores tienen estilo de vida muy saludable en la adherencia terapéutica, hacen su máximo esfuerzo para tener controlada la diabetes, siguen una dieta, no olvidan tomar sus medicamentos y sigue las instrucciones para su cuidado. 22.5 % (n=7) tenían un estilo de vida saludable, 12.9 % (n=4) poco saludable y 19.3 % (n=6) con un estilo de vida no saludable, en el que el cuidado de su salud no forma parte de su estilo de vida; similar a lo reportado en el estudio brasileño Riesgo de enfermedades cardiovasculares en ancianos: hábitos de vida, factores sociodemográficos y clínicos, donde 32% de los adultos mayores presentaban dificultades en el seguimiento del régimen terapéutico (Brandão de Carvalho et al., 2017); por lo que se deduce que en cualquier enfermedad es difícil cambiar de hábitos y apegarse a las indicaciones del personal de salud.

Actividad física: 45.1 % (n=14) tenían estilo de vida muy saludable: hacían al menos 15 minutos de ejercicio (caminar rápido, correr o algún otro) 3 o más veces por semana y la mayor parte del tiempo estaban ocupados, porcentaje menor a lo publicado en el trabajo titulado Riesgo de enfermedades cardiovasculares en ancianos: hábitos de vida, factores sociodemográficos y clínicos, ejecutado en Brasil, en el que 68% de los participantes realizaban actividad física (Brandão de Carvalho et al., 2017); no obstante, es mayor a lo publicado en el artículo Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor, elaborado en Tabasco, México donde 42.5% refirió no realizar ejercicio de manera suficiente (Merodio Pérez, Rivas Acuña and Martínez Serrano, 2015)

Consumo de tabaco: 96.7 % (n=30) adultos mayores tenían estilo de vida muy saludable, y sólo una (3.2 %) de las personas entrevistadas refirió que algunas veces fuma un cigarrillo; cercano al 7 % mencionado en el estudio la diabetes mellitus tipo 2 en el anciano, efectuado en España (Sangrós González, 2015); pero muy distante al 50% reportado en el estudio Riesgo de enfermedades cardiovasculares en ancianos: hábitos de vida, factores sociodemográficos y

clínicos, desarrollado en Brasil (de Carvalho et al., 2017); la explicación puede ser que al momento de tener el diagnóstico de una enfermedad crónica, el adulto mayor hace cambios en su estilo de vida, muy efectivo en el consumo de tabaco.

Consumo de alcohol: una persona, que representa el 3.2 %, ingería tres bebidas alcohólicas semanalmente, por lo que se clasificó como estilo de vida no saludable, 19.3 % (n=6) ingerían rara vez una bebida y el resto 77.4 % (n=24) nunca bebía alcohol por lo que tienen un estilo de vida muy saludable; resultados similares a lo reportado en el estudio la diabetes mellitus tipo 2 en el anciano en donde el 22.6 % que suele ingerir alcohol de forma regular (Sangrós González, 2015); sin embargo, en el estudio brasileño Riesgo de enfermedades cardiovasculares en ancianos: hábitos de vida, factores sociodemográficos y clínicos, se menciona que 35% de los adultos mayores eran alcohólicos (Brandão de Carvalho et al., 2017); la diferencia puede implicar el impacto del diagnóstico de enfermedades en el estilo de vida del adulto mayor, ya que 25 % tenían diagnóstico de diabetes mellitus y 53 % de hipertensión arterial sistémica, mientras que en el presente estudio el 100% de los adultos mayores vivían con diabetes.

Los resultados que se obtuvieron después del cuidado profesional de enfermería a través de la promoción de la salud no fueron estrictamente los que se esperaban ya que las conductas del estilo de vida aumentaron de calificación de 67.27 ± 10.7 puntos en la primera medición a 73.09 ± 8.11 puntos en la segunda medición siendo estadísticamente significativo; el dominio que mejoró notablemente fue relacionada con el dominio información sobre diabetes; el dominio adherencia terapéutica aumentó 1.3 puntos; sin embargo, el dominio nutrición parece haber retrocedido y el dominio actividad física permanece igual; distante de lo encontrado en el artículo titulado Consejo por profesionales de salud y comportamientos saludables entre ancianos: estudio de base poblacional en Pelotas, sur de Brasil, 2014, en el que reportan que la mayoría de los adultos mayores que recibieron orientación para reducir el consumo de sal tuvieron una probabilidad de que el 63 % haya reducido ese consumo en el último año, comparados a los que no recibieron esta orientación de los profesionales de la

salud (Ramos Flores et al., 2018); por lo que es necesario reforzar la promoción de la salud en los adultos mayores que viven con diabetes, hacerlo de manera constante, así como involucrar a su familia.

9. Conclusiones Generales.

9.1. Conclusiones

El cuidado profesional de enfermería modifica el estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes, hacia un estilo de vida saludable, aumentando la información en salud.

El estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes es en su mayoría saludable, no obstante que muestra conductas poco saludables, principalmente por la falta de información, evidenciado por la dificultad para adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo que produce falta de control de la enfermedad y como consecuencia la inestabilidad emocional.

La caracterización de los diagnósticos de enfermería y su difusión es necesaria para establecer protocolos de intervención grupal dirigida a los adultos mayores que viven con diabetes. La etiqueta diagnóstica de la NANDA-I que se estableció en el total de la población fue Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano.

El plan de cuidados para el adulto mayor que vive con diabetes debe estar orientado hacia el aumento de conocimientos que contribuya a llevar a cabo un estilo de vida saludable, considerando los factores personales biológicos y socioeconómicos, para lograr el control de la enfermedad, prevenir complicaciones y aumentar la calidad de vida.

El cuidado profesional de enfermería del adulto mayor que vive con diabetes se otorga mediante el proceso de enfermería, en el que la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación se aplican de forma individual y/o grupal; requiere un acercamiento al adulto mayor, posición en la que la enfermera pueda tener influencia en sus decisiones.

La promoción de la salud como intervención de enfermería se proporciona de manera grupal de acuerdo a las conductas del estilo de vida a modificar, potencializando los beneficios percibidos por el adulto mayor, ampliando el sentido de autoeficacia con actividades sencillas y de acuerdo a los gustos y preferencias, con la finalidad de establecer un compromiso de acción. Las características de la promoción de la salud dirigida al adulto mayor que vive con diabetes son: interactiva, con bases científicas, acorde a la cultura, considerando las preferencias y haciendo énfasis en los pequeños cambios pero permanentes.

9.2. Limitaciones

El cuidado profesional dirigido al adulto mayor requiere una teoría específica que lo fundamente, además es necesario considerar los factores personales psicológicos como la autoestima.

9.3 Recomendaciones

Se recomienda ampliar la muestra y considerar variables psicológicas como autoestima para determinar su influencia en el estilo de vida.

La utilización de las teorías de la ciencia del cuidado en la atención de enfermería, mediante el proceso de enfermería y el uso del lenguaje de enfermería en la atención del adulto mayor en el primer nivel, permitirá modificar los comportamientos del estilo de vida, lo que favorece el control de la diabetes, disminuye las complicaciones, aumenta la calidad de vida y por consecuencia la satisfacción con la vida del adulto mayor.

10. Referencias Bibliográficas:

Abades Porcel, M. (2007). "Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson" en *Gerokomos* [En Línea] Vol. 18, No. 4. Dic 2007, España, Idemm Farma, S.L., disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400003 [Accesado el 28 de junio de 2018]

Alvarado García, A. M. y Salazar Maya, Á. M. (2014). "Análisis del concepto de envejecimiento" en *Gerokomos* [En Línea] Vol. 25, No. 2. Jun 2014, España, Idemm Farma, S.L., disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002 [Accesado el 28 de junio de 2018]

American Diabetes Association, ADA, (2015). "Foundations of care: education, nutrition, physical activity, smoking cessation, psychosocial care, and immunization". Sec. 4. In *Standards of Medical Care in Diabetes-2015*, en *Diabetes Care* [En Línea] Vol. 38, Supplement 1. Ene 2015, disponible en: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/38/Supplement_1/S20.full.pdf. [Accesado el 28 de junio de 2018]

American Diabetes Association, ADA, (2018). "Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes—2018", en *Diabetes Care* [En Línea] Vol. 41, Supplement 1. Ene 2018, disponible en: http://care.diabetesjournals.org/content/41/Supplement_1/S119.full-text.pdf [Accesado el 28 de junio de 2018]

Aristizabal Hoyos, G. P. et al. (2011). "El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión", en *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* [En Línea] Vol. 8, No. 4. Oct-Dic 2011, disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/32991/30231> [Accesado el 28 de junio de 2018]

Báez-Hernández, F. J. et al (2009). "El significado de cuidado en la práctica

profesional de enfermería" en *Aquichan* [En Línea] Vol. 9, No. 2, agosto 2009. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112142002>

Belando Montoro, M. (2007). "Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo" en *Comunicación e Persoas Maiores* [En Línea] 2007, disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2651197.pdf> [Accesado el 6 de septiembre de 2018]

Benner, P. y J. Wrubel, (1989) *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health And Illness*. California Addison-Wesley, Menlo Park.

Boaventura, A. et al., (2017). "Conocimiento teórico-práctico del enfermero del Proceso de Enfermería y Sistematización de Enfermería" en *Enfermería Global* [En Línea] Vol. 16, No. 2. abr 2017, disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/247911/209851> [Accesado el 28 de junio de 2018]

Brandão de Carvalho, A. L. et al. (2017). "Riesgo de enfermedades cardiovasculares en ancianos: hábitos de vida, factores sociodemográficos y clínicos" en *Gerokomos* [En Línea] Vol. 28, No. 3. 2017, disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00127.pdf> [Accesado el 01 de julio de 2018]

Bulechek, G. et al., (2013) *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6a. edición, Barcelona, Elsevier.

Burns, N. y S. Grove, (2012) *Investigación en enfermería*. 5a. edición, España, Elsevier Saunders.

Cabal, V. E. y M. Guarnizo, (2011). "Enfermería como disciplina" en *Revista Colombiana de Enfermería* [En Línea] Vol. 6, No. 6. sep 2011, disponible en: https://issuu.com/universidadelbosque/docs/rev_enfermeria_vol6_a6 [Accesado el 01 de julio de 2018]

Cabrera de León, A. et al., (2009). "Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2" en *Revista Española de Salud Pública* [En Línea] Vol. 83, No. 4. jul - ago 2009, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1135-57272009000400008&tlng= [Accesado el 02 de julio de 2018]

Cantú Martínez, P. C., (2014). "Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2" en *Revista Enfermería Actual en Costa Rica* [En Línea] No. 27. oct 2014 - mar 2015, disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/15996> [Accesado el 01 de julio de 2018]

Cárdenas Becerril, L. et al. (2018) *Cuidado profesional de enfermería. 2ª* reimpresión, México, Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y escuelas de Enfermería, A.C.

Carvajal Hermida, E., y Sánchez-Herrera, B. (2018). "Nursing Care with a Human Approach: A Model for Practice with Service Excellence" en *Aquichan* [En Línea] Vol. 18, No. 2. 2018, disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/7573/4713> [Accesado el 02 de agosto de 2018]

Dunning, T., y A. Sinclair. (2014). "The IDF global guideline for managing older people with type 2 diabetes: Implications for nurses" en *Journal of Diabetes Nursing* [En Línea] Vol. 18, No. 4. abr 2014, disponible en: https://www.researchgate.net/publication/288791811_The_IDF_global_guideline_for_managing_older_people_with_type_2_diabetes_Implications_for_nurses [Accesado el 01 de julio de 2018]

Cid, P.; Merino, J. M. y J. Stiepovich, (2006). "Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud" en *Revista médica de Chile* [En Línea] Vol. 134, No. 12. dic 2006, disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

98872006001200001 [Accesado el 01 de julio de 2018]

Colliere, F. (1996). "Cuidar... asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida" en *Index de Enfermería* [En Línea] No. 18., 1996, disponible en: <http://www.indexf.com/indexenfermeria/18/0914.php> [Accesado el 21 de septiembre de 2016]

Diario Oficial de la Federación, DOF, (1987) "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud" [En Línea] 06 ene 1987, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> [Accesado el 01 de julio de 2018]

Díaz Rentería, M. G., (2013). "Filosofía de la ciencia del cuidado, Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería" en *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud* [En Línea] Vol. 2, No. 3. ene - jun 2013, disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5045738> [Accesado el 01 de julio de 2018]

Domínguez-Guedea, M. T., et al. (2010). "Aspectos psicológicos de cuidadores asociados al apoyo familiar en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos" en *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* [En Línea] Vol. 23, No. 1, ene - mar 2010, disponible en: https://www.researchgate.net/publication/307805835_Aspectos_psicologicos_de_cuidadores_associados_al_apoyo_familiar_na_adherencia_terapeutica_de_pacientes_diabeticos_-_doi105020180612302010p48 [Accesado el 01 de julio de 2018]

Durán de Villalobos, M. (2002). "Marco epistemológico de la enfermería" en *Revista Aquichan* [En Línea] Vol. 2, No.1. may 2009, disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34> [Accesado el 01 de julio de 2018]

Echeverría Pérez, P. (2016) *Investigación en metodología y lenguajes enfermeros*. Barcelona, Elsevier.

Espinel Bermúdez, M.C., et al. (2013) Diabetes y envejecimiento una prioridad para la atención en García Peña, C., et al. *Envejecimiento saludable y productivo*. México, Alfil.

Fernández-García, T. y L. Ponce-de-León-Romero, (2013). "Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos" en *Portularia* [En Línea] Vol. 13, No. 1, 2013, disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1610/161026336005.pdf> [Accesado el 01 de julio de 2018]

Fernández Larrea, N. et al., (2000). "Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos" en *Revista Cubana de Medicina General Integral* [En Línea] Vol. 16, No. 1. ene-feb 2000, disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=en [Accesado el 01 de julio de 2018]

Figueroa-Suárez, M. et al., (2014). "Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS" en *Gaceta Medica de Mexico* [En Línea] Vol. 150. ene-feb 2014, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2014/gm141e.pdf> [Accesado el 01 de julio de 2018]

Flórez-Torres, I. E.; Buitrago-Malaver, L. A. y C.A. Ramírez-Perdomo, (2017). "El cuidado de enfermería: entre la dialéctica de la explicación y la comprensión" en *Index de Enfermería* [En Línea] Vol. 26, No. 4. dic 2017, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es [Accesado el 01 de julio de 2018]

García Hernández, M. L. et al., (2011). "Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería" en *Texto & Contexto Enfermagem* [En Línea] Vol. 20, 2011, disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421163009> [Accesado el 16 de agosto de 2018]

Giraldo Osorio, A. et al., (2010). "La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables" en *Hacia la Promoción de la Salud* [En

Línea] Vol. 15, No. 1. ene - jun 2010, disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf> [Accesado el 01 de julio de 2018]

Gómez Álvarez, J. E. (2018). "La enfermería como apertura a la interdisciplina" en *Revista Latinoamericana de Bioética* [En Línea] Vol. 34, No. 1, 2018, disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127054340011> [Accesado el 16 de agosto de 2018]

Gonzalez-Celis Rangel, A. L. M., (2009) *Evaluación en psicogerontología*. México, El Manual Moderno.

González Sara, S. H. y N. E. Moreno Pérez, (2011). "Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc" en *Enfermería Global* [En Línea] Vol.10, No. 23. jul 2011, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300007 [Accesado el 01 de julio de 2018]

Grove, S., Gray J., y N. Burns, (2015) *Investigación en enfermería desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 6ª edición. España: Elsevier.

Gutiérrez, J. P. et al., (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. [En Línea] México: Instituto Nacional de Salud Pública, disponible en: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> [Accesado el 01 de julio de 2018]

Herdman, H. T. y S. Kamitsuru, (2015) *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. 10th edición. Editado por NANDA Internacional. España: Elsevier.

Huenchuan, S. (2011) *Módulo 1. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez* en "Los derechos de las personas mayores. Materiales

de estudio y divulgación" [En Línea] Editado por Naciones Unidas. Santiago de Chile: CEPAL Naciones Unidas, disponible en: https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf [Accesado el 01 de julio de 2018]

Iglesias González, R. et al., (2014). "Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus" en *Diabetes Práctica* [En Línea] Vol. 5, Supl Extr 2, disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf> [Accesado el 01 de julio de 2018]

IMSS (2011). "*Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio*" en Instituto Mexicano del Seguro Social [En Línea]. México, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf> [Accesado el 06 de septiembre de 2018]

IMSS (2012). "Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención en Instituto Mexicano del Seguro Social [En Línea]. México, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf> [Accesado el 06 de septiembre de 2018]

INAPAM (2015). "Situación de las personas adultas mayores en México" en *INAPAM*. [En Línea]. México, disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243.pdf [Accesado el 01 de julio de 2018]

INEGI (2010). "Perfil sociodemográfico de adultos mayores" en *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. [En Línea]. México, disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf [Accesado el 02 de julio de 2018]

INEGI (2017) "Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad" en *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. [En Línea]. México, disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf [Accesado el 02 de julio de 2018]

International Diabetes Federation (2013) *ATLAS de la DIABETES de la FID*. 6a. edición. Bruselas: Federación Internacional de Diabetes. doi: 2-930229-80-2.

International Diabetes Federation (2017a). "*IDF Diabetes Atlas*" 8va. edición en International Diabetes Federation. [En Línea]. Brussels, Belgium, disponible en: http://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_ES/ [Accesado el 02 de julio de 2018]

International Diabetes Federation (2017b). "IDF Clinical Practice Recommendations for managing Type 2 Diabetes in Primary Care" en *International Diabetes Federation*. [En Línea]. Brussels, Belgium, disponible en: <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/type-2-diabetes.html> [Accesado el 02 de julio de 2018]

Izquierdo Martínez, Á., (2005). "Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contextos" en *Revista Complutense de Educación* [En Línea] Vol. 16, No. 2, 2005, disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1432121>

Johnson, M. et al, (2012) *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª edición. Barcelona España, Elsevier Morby.

Jojoa N., (2016). "Calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II" en *Revista UNIMAR* [En Línea] Vol. 34, No. 2, disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/view/1243/pdf>.

Leininger, M. M. y M. R. McFarland, (2006) *Culture Care Diversity and Universality*.

2ª. edición, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.

León-Mazon, M. A.; Araujo-Mendoza, G. J. y Z. Z. Linos-Vázquez, (2012). "Eficacia del programa de educación en diabetes en los parámetros clínicos y bioquímicos" en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [En Línea] Vol. 15, No. 1. 2012, disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41946> [Accesado el 02 de julio de 2018]

Llanes Betancourt, C. (2013). "La sexualidad en el adulto mayor" en *Revista Cubana de Enfermería* [En Línea] Vol. 29, No. 3. jul - sep 2013, disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300008&lng=es&tlng=es. [Accesado el 13 de septiembre de 2018]

López-Carmona, J. M. et al., (2003). "Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2" en *Salud Pública de México* [En Línea] Vol. 45, No. 4. jul - ago 2003, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2003/sal034d.pdf> [Accesado el 02 de julio de 2018]

Martínez Martín, M.L. y E. Chamorro Rebollo, (2017) *Historia de la enfermería evolución histórica del cuidado enfermero*. 3ª edición. España, Elsevier.

McFarland, M.R. y Wehbe-Alamah. (2014) *Leininger's Culture Care Diversity and Universality: a worldwide nursing theory*. 3ª edición. Estados Unidos de América, Jones & Bartlett Learning.

Meleis, A. (2012) *Theoretical Nursing. Development and progress*. 5ta edición Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Melero Aguilar, N. (2011). "El paradigma crítico y los aportes de la investigación acción participativa en la transformación de la realidad social: un análisis desde las ciencias sociales" en *Cuestiones pedagógicas: Revista de ciencias de la educación* [En Línea] No. 21. 2011-2012, disponible en: http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/21/art_14.pdf [Accesado el 01 de julio

de 2018]

Merodio Pérez, Z.; Rivas Acuña, V. y A. Martínez Serrano, (2015). "Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor" en *Horizonte Sanitario* [En Línea] Vol. 14, No. 1. ene-abr 2015, disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/800/684>. [Accesado el 01 de julio de 2018]

Moorhead, S. et al. (2014) *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5a. edición, Barcelona: Elsevier.

OMS (2013). "Demencia: una prioridad de salud pública" en *Organización Mundial de la Salud* [En Línea]. disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=3D1E46D390173CCB0F8136996316C17C?sequence=1 [Accesado el 06 de septiembre de 2018]

OMS (2015). "Envejecimiento y ciclo de vida" en *Organización Mundial de la Salud* [En Línea]. disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/ [Accesado el 02 de julio de 2018]

OMS (2017). "Diabetes" en *Organización Mundial de la Salud* [En Línea]. disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>. [Accesado el 02 de julio de 2018]

Papalia, D. (2010) *Desarrollo Humano*. 11th edición. México: McGrawHill.

Pender, N. (2011) *Health Promotion Model Manual*, Universidad of Michigan [En Línea] disponible en: <http://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85350> [Accesado el 01 de julio de 2018]

Pender, N., Murdaugh, C. and M. Parsons, (2006) *Health Promotion in Nursing Practice*. Edited by The University of Michigan. Michigan: Prentice Hall.

Pimentel-Pérez, B. et al. (2011) *Gerontología. Un enfoque interdisciplinario*. México, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Pinto Afanador, N. (2006). "La filosofía de cuidado para transformar la investigación y la práctica" en *Avances en Enfermería* [En Línea] Vol. 24, No. 1. ene - jun 2006, disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36020/37302> [Accesado el 03 de julio de 2018]

Pina Queirós, P. (2015), "Cuidar: da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado" en *Revista de Enfermagem Referência* [En Línea] Vol. 4, No. 5, abr - jun 2015, disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388241158006> [Accesado el 20 de agosto de 2018]

Quintero, B. (2001). "Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson" en *Ciencia y sociedad* [En Línea] Vol. 26, No. 1. Ene-mar 2001, disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/870/87011272002.pdf>. [Accesado el 03 de julio de 2018]

Ramírez Ordóñez, M. M. et al. (2011). "Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2" en *Revista Ciencia y Cuidado* [En Línea] Vol. 8, No. 1. 2011, disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3853505&info=resumen&idioma=ENG> [Accesado el 03 de julio de 2018]

Ramos Flores, T. et al. (2016). "Healthy habits: what kind of guidance the elderly population is receiving from health professionals?" en *Revista Brasileira de Epidemiologia* [En Línea] Vol. 19, No. 1. Mar 2016, disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/en_1980-5497-rbepid-19-01-00167.pdf [Accesado el 03 de julio de 2018]

Ramos Flores, T. et al. (2018). "Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas,

sul do Brasil, 2014" en *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [En Línea] Vol. 27, No. 1. Epub Feb 2018, disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222018000100312&script=sci_abstract&tlng=es [Accesado el 03 de julio de 2018]

Reina, G. C. N. (2010). "El proceso de Enfermería: Instrumento para el Cuidado" en *Umbral Científico* [En Línea] No. 17. Dic 2010, disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf> [Accesado el 03 de julio de 2018]

Restrepo, M. S. L. et al. (2006). "Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud" en *Revista chilena de nutrición* [En Línea] Vol. 33, No. 3. Dic 2006, disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006 [Accesado el 03 de julio de 2018]

Reyes Gómez, E. (2015) *Fundamentos de Enfermería. Ciencia, metodología y tecnología*. 2a. edición. México, El Manual Moderno.

Riquelme Hernández, G. (2012). "El Cuidado de enfermería: una reflexión sobre el cuidado humanístico" en *Horizontes de Enfermería* [En Línea] Vol. 23, No. 2. 2012, disponible en: <http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/23-2/editorial.pdf.pdf> [Accesado el 20 de agosto de 2018]

Rivera, M. S. y L. M. Herrera, (2006). "Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería" en *Texto y Contexto - Enfermagem* [En Línea] Vol. 15, No. spe. 2006, disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500019&lng=en&nrm=iso&tlng=es [Accesado el 02 de julio de 2018]

Rodríguez-Jiménez, S. et al, (2014). "Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería" en *Enfermería Universitaria* [En Línea] Vol. 11, No. 4, octubre-diciembre 2014, disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741841005> [Accesado el 16 de agosto de 2018]

Roy, C. (2009) *The Roy Adaptation Model*. 3th edition. New Jersey, Pearson.

Sakraida, T. (2011) "Modelo de promoción de la salud" en Raile Alligood, M. y A. Marriner Tomey, editoras, *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª edición. España, Elsevier Mosby.

Saltos-Solís, M. (2012). "Estilos de vida y factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus Tipo 2" en *Revista Ciencia UNEMI* [En Línea] Vol. 5, No. 7. Jul 2012, disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5210354> [Accesado el 02 de julio de 2018]

San Roman, X. A. (2017). "Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores" en *Texto Contexto Enfermería* [En Línea] Vol. 26, No. 2. 2017, disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/143462373.pdf> [Accesado el 02 de julio de 2018]

Sánchez Pérez, M. R. (2014). "Guía de respuestas en diabetes" en *La Revista Andaluza de Atención Primaria* [En Línea] 2014, disponible en: <http://www.semergenandalucia.org/docs/libroDiabetes.pdf>. [Accesado el 01 de julio de 2018]

Sangrós González, F. J. (2015). "La diabetes mellitus tipo 2 en el anciano. Estudio de las características de los pacientes diabéticos ancianos en España: un avance de los resultados del estudio ESCADIANE" en *Diabetes Práctica* [En Línea] Vol. 6, Suplemento Extr 2, 2015, disponible en: http://www.diabetespractica.com/files/1481127818.2015_suplemento_6-2.pdf.

Secretaría de Salud, SS. (2006). "Ley General de Salud" en *Diario Oficial de la Federación*. [En Línea]. México, disponible en: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf [Accesado el 03 de julio de 2018]

Secretaría de Salud, SS. (2010). "NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus" en *Diario Oficial*

de la Federación. [En Línea]. México, disponible en: <http://web.ssaver.gob.mx/nutricion/files/2015/03/NOM-015-SSA2-21010-Diabetes-Mellitus.pdf>. [Accesado el 01 de julio de 2018]

Secretaría de Salud. (2013a). "Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus en el adulto mayor vulnerable" en *Secretaría de Salud*. [En Línea]. México, disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>. [Accesado el 01 de julio de 2018]

Secretaría de Salud. (2013b). "Programa Sectorial de Salud 2013 2018" en *Diario Oficial de la Federación*. [En Línea]. México, disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013 [Accesado el 01 de julio de 2018]

Torres Fernandez, P. (2010). *Por una Cultura del Envejecimiento*. México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [En Línea] disponible en: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf. [Accesado el 01 de julio de 2018]

Seguí-Díaz, M. et al. (2017). "Los Standards of Medical Care in Diabetes—2017" en *Diabetes Práctica*. Vol. 8, No. 1. 2017, disponible en: http://www.diabetespractica.com/files/1495108257.05_especial_standars_dp_8-1.pdf [Accesado el 30 de julio de 2018]

Shamah-Levy, T. et al. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016*. México, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud [En Línea] disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf [Accesado el 03 de julio de 2018]

Solano Solano, G. y J. Antón de la Concha, (2009). *Autocuidado de personas con diabetes*. México, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Swanson, K. M. (1991). "Desarrollo empírico de una teoría de cuidado de rango medio" en *Nursing Research*. Vol. 40, No. 3. May - jun 1991, disponible en https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1991/05000/Empirical_Development_Of_a_Middle_Range_Theory_of.8.aspx [Accesado el 03 de julio de 2018]

Swanson, K. M. (1993). "Enfermería como cuidado argumentado para el bienestar de otros" en *Image: The Journal of Nursing scholarship* [En Línea] Vol. 25, No. 4. dic 1993, disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x> [Accesado el 03 de julio de 2018]

Triviño, V. Z. y A. O. Sanhueza, (2005). "Paradigmas de Investigación en Enfermería" en *Ciencia y enfermería* [En Línea] Vol. 11, No. 1. Jun 2005, disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100003 [Accesado el 03 de julio de 2018]

Urra, M. E.; Jana, A. A. y V. M. García, (2011). "Algunos Aspectos Esenciales Del Pensamiento De Jean Watson Y Su Teoría De Cuidados Transpersonales" en *Ciencia y enfermería* [En Línea] Vol. 17, No. 3. Dic 2011, disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002 [Accesado el 02 de julio de 2018]

Villagómez Valdés, G. (2013) *No es pecado envejecer*. México, MAPurrúa.

Waldow, V. R. (2014). "Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia" en *Index de Enfermería* [En Línea] Vol. 23, No. 4. Cuarto trimestre 2014, disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf> [Accesado el 02 de julio de 2018]

Watson, J. (2011) *Nursing The Philosophy and Science*. Revised. Boulder, Colorado, University Press of Colorado.

World Medical Association (2013). "World Medical Association Declaration of

Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects" en *JAMA* [En Línea] Vol. 310, No. 20. Nov 2013, disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318> [Accesado el 02 de julio de 2018]

Zárate Herreman, M. y J. Flores Hernández, (2012) *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes Mellitus Tipo 2*. Editado por Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Dirección General de Epidemiología. México, Progreso.

Zavala-Pérez, I. C. *et al.* (2014). "Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del caring a una mujer con cáncer de mama" en *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* [En Línea] Vol. 22, No. 3. 2014, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim143d.pdf> [Accesado el 03 de julio de 2018]

11. Anexos:



**Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia**

11.1 Consentimiento Informado

Yo _____

en forma voluntaria acepto participar en el curso que impartirá la investigadora Gabriela Maldonado Muñiz titulado “Cuidado de mi persona”, mi participación consistirá en asistir una vez por semana durante 10 sesiones.

Entiendo que eparticiparé activamente en dicho curso, que se impartirá en Unidad de Consulta Externa “CEAPS Santa María Rayón Bicentenario”, a la que asisto normalmente, como parte del proceso de una investigación donde el objetivo principal es “Evaluar el efecto del cuidado en en el estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes”.

He sido informada(o) y entiendo que como en toda investigación podrán ser solicitadas sesiones de entrevistas, que se llevarán a cabo confidencialmente en las instalaciones, durante los meses de abril a julio de 2016.

Así mismo, estoy consciente de que se me tomarán muestras de sangre para determinar el nivel de azúcar en cada sesión semanal. Estos procedimientos serán realizados en las mismas instalaciones y no tendrán costo alguno. La investigadora me proporcionará un registro de los resultados y me entregará una copia.

Me han informado que mi participación será anónima y que los resultados de la investigación serán publicados en revistas de carácter científico sin mencionar mi nombre. En tales condiciones consiento participar en el curso señalado y colaborar con todo lo que me indique el investigador(a) y el instructor(a).

Firma del participante _____

Firma del familiar _____

Santa María Rayón, México, México; a _____ de _____ de 2016



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Enfermería y Obstetricia

11.2. Cuestionario de datos demográficos

Folio: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Objetivo: Recabar datos personales del adulto mayor que vive con diabetes mellitus tipo 2.

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

Edad: _____ años.

Género: Hombre ____ Mujer ____

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

Personas con las que vive: _____

¿De quién depende económicamente? ____ Pensión ____ Trabaja ____ Familia ____ Apoyo del gobierno ____ Otro

¿Cuenta con seguridad social? Sí ____ No ____

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

____ IMSS ____ ISSSTE ____ ISSEMYM ____ PEMEX ____ Seguro popular

¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron Diabetes Mellitus 2? _____

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

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

____ Retinopatía diabética

____ Enfermedad cardiovascular secundaria a la diabetes

____ Neuropatía o pie diabético

____ Nefropatía secundaria a la diabetes mellitus 2

____ Otra: _____

¿Le han diagnosticado otras enfermedades? Sí ____ No ____ ¿Cuáles? _____

Medicamentos que toma actualmente: _____



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Enfermería y Obstetricia

11.3 Cuestionario IMEVID*

Instructivo: Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

LE SUPPLICAMOS RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS.

Fecha: _____

Folio: _____

1. ¿Con qué frecuencia come verdura?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con que frecuencia come fruta?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	

13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna	
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
			Total	

*Instrumento para Medir el estilo de Vida en Diabéticos
 Gracias por sus respuestas



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Enfermería y Obstetricia

11.4. Programa de promoción de la salud

I. IDENTIFICACIÓN DEL CURSO

Nombre del curso: Cuidado de mi persona

Dirigido a: Adultos mayores con diabetes mellitus 2

Duración: 20 horas presenciales.

Lugar: CEAPS Santa María Rayón

Elaborado por: Gabriela Maldonado Muñiz

Fecha: 13 de abril al 22 de junio de 2016

Días: Miércoles de 9 a 11 horas.

II. DESCRIPCIÓN

Las personas con diabetes necesitan adoptar nuevas conductas, mediante la toma de decisiones diarias para equilibrar su alimentación, su actividad física y su medicación. Para muchas personas con diabetes, esto podría incluir la autoinyección de insulina y la automonitorización de los niveles de glucemia. Por lo tanto, para que el autocontrol tenga éxito, no sólo se necesita una educación sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico en el momento del diagnóstico, sino un ciclo continuado de valoración e intervenciones educativas.

El curso titulado “Cuidado de mi persona” es parte del cuidado profesional de enfermería que se proporcionó al adulto mayor que vive con diabetes mellitus 2 durante diez semanas a través de la promoción de la salud, intervención educativa con fundamento en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, en la que se fomentará el establecimiento de un compromiso para un plan de acción con base a metas personales para modificar la percepción de la autoeficacia del tratamiento de la enfermedad.

III. OBJETIVO GENERAL

Mejorar el estilo de vida del adulto mayor que vive con diabetes.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicar el significado de la enfermedad, sus causas, complicaciones y las bases del tratamiento para su control.
- Ilustrar el manejo del tratamiento farmacológico para mantener la glicemia, presión arterial y lípidos dentro de los parámetros normales.
- Practicar un plan de ejercicio para favorecer el control metabólico de la diabetes.
- Diseñar un plan de alimentación con los alimentos apropiados para las personas que viven con diabetes.
- Valorar los resultados de laboratorio y glicemias capilares para vigilar la evolución de la enfermedad y de mantener la glicemia normal, en el control y prevención de complicaciones agudas y crónicas.

V. CONTENIDOS

Conceptuales	Procedimentales	Actitudinales
<ul style="list-style-type: none">- Diabetes mellitus 2, concepto, causas, tratamiento, complicaciones agudas y crónicas.- Control metabólico de: glicemia capilar, glicemia central, hemoglobina glucosilada, tensión arterial, colesterol, triglicéridos.- Antidiabéticos orales e insulina, tipos, mecanismo de acción.- Grupos de alimentos: carbohidratos, proteínas (origen animal, leche, leguminosas), vegetales (frutas y verduras) y grasas.- Tipos de actividad física: tipos, tiempo y contraindicaciones.	<ul style="list-style-type: none">- Elaboración de un plan de alimentación.- Conteo de carbohidratos.- Ejecución de un plan de ejercicio.- Medición de glicemia capilar.- Aplicación de insulina.	<ul style="list-style-type: none">- Beneficios al apegarse al tratamiento en los niveles de glucemia.- Identificación de barreras, influencias interpersonales y situacionales del adulto mayor que vive con diabetes.- Establecer compromiso con un plan de acción.- Mitos de la diabetes

VI. METODOLOGÍA

La Promoción de la Salud, se facilitó bajo los siguientes supuestos de Nola J. Pender: Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana, tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias, valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad, buscan regular de forma activa su propia conducta, interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biosicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo. La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.

Actividades preinstruccionales: se midió la glicemia capilar, tensión arterial, peso y perímetro abdominal con la intención de establecer metas personales, aunque no se pudo realizar en cada sesión.

Actividades coinstruccionales: los contenidos conceptuales fueron expuestos de forma oral, con apoyo de preguntas dirigidas para identificar los conocimientos previos, se explican los conceptos principales y se utiliza la repetición. Para el desarrollo de habilidades se modeló cada una y los adultos mayores hicieron la devolución del procedimiento, sólo aquellas personas que estuvieron dispuestas, por ejemplo no todos se involucraron en la medición de la glicemia y en la aplicación de insulina, para finalizar se describieron las actividades realizadas para fortalecer la percepción de autoeficacia. Con el fin de consolidar las actitudes se establecieron los beneficios de la modificación de las conductas, identificando las barreras así como las influencias interpersonales y situacionales, reflexionando sobre la forma de solucionarlo y estableciendo un compromiso con un plan de acción.

Actividades postinstruccionales: se proporcionaron tarjetas de registro para que el adulto mayor evidenciara los minutos de actividad física realizados, la alimentación y los fármacos ingeridos durante la semana. Sin embargo, los adultos mayores olvidaba las tarjetas o las traían en blanco.

VII. RECURSOS DIDÁCTICOS

- Rotafolio.
- Glucómetro y tiras de prueba
- Lancetas
- Torundas alcoholadas
- Colector de punzocortantes y bolsa roja.
- Baumanómetro digital
- Cinta métrica.
- Báscula con estadiómetro.
- Tarjetas de registro.
- Proyector
- Computadora
- Video

VIII. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La evaluación se realizó en cada sesión, cuestionando sobre las conductas realizadas durante la semana. Al finalizar cada reunión se realizó la retroalimentación para identificar los conocimientos adquiridos. Además se cuantificaron las asistencias individuales. La evaluación final se efectuó con base en el Compromiso de plan de acción de cada persona.

IX. BIBLIOGRAFÍA

American Diabetes Association (ADA), (2014). Your Health Care Team United States American. [online]. 2014 [citado 2014-09-29]. Disponible en: <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/treatment-and-care/whos-on-your-health-care-team/your-health-care-team.html>.

Aristizábal Hoyos, G.P., et al. (2014). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 8 (4) 2011: 16-23

Consejo de Salubridad General. (2014). Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus en el adulto mayor vulnerable. México. [online]. 2013. [citado 2014-09-29]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_657_13_dxytxdedmenadultovulnerable/imss_657_13_dxytxde_dm_en_adultovulnerable.pdf

Han Cho, N., et al. (2013). Global Guideline for Managing Older People with Type 2 Diabetes. Brussels, Belgium. 2013.

Quijano Perez, S.A., Soto-Zuluaga, A.M., y M.J. Gil Garzon. (2014). Estrategia didáctica basada en preguntas para favorecer el pensamiento crítico en la clase de gestión ambiental en el Instituto Tecnológico Metropolitano -ITM. Rev. P+L [online]. 2014: 9(1) [citado 2015-04-20], pp. 63-72. Disponibel en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-04552014000100005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1909-0455.

Secretaria de Salud. (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, NOM-015-SSA2-2010 Tabloski PA. Enfermería gerontológica. 2ª ed. España.

Anexo. No. 11.5 Cronograma de temas impartidos en el grupo del CEAPS

Cronograma		Abril			Mayo				Junio			
Temas	Semana	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22
1. Diabetes mellitus 2, concepto, causas, tratamiento, complicaciones agudas y crónicas.		X										
2. Medición de glicemia capilar. Beneficios de apegarse al tratamiento en los niveles de glucemia.			X									
3. Control metabólico, glicemia capilar, glicemia central, hemoglobina glucosilada, tensión arterial, colesterol, triglicéridos.				X								
4. Grupos de alimentos: carbohidratos, proteínas (origen animal, leche, leguminosas), vegetales (frutas y verduras) y grasas.					X							
5. Conteo de carbohidratos. Establecer compromiso con un plan de acción.						X						
6. Identificación de barreras para ejecutar el plan de alimentación, influencias interpersonales y situacionales del adulto mayor que vive con diabetes. Elaboración de un plan de alimentación.							X					
Actividad institucional								X				
7. Tipos de actividad física. Identificación de barreras, influencias interpersonales y situacionales del adulto mayor que vive con diabetes. Establecer compromiso con un plan de acción.									X			
8. Mitos relacionados con la diabetes										X		
9. Antidiabéticos orales, tipos, mecanismo de acción. Beneficios de apegarse al tratamiento en los niveles de glucemia.											X	
10. Insulina, tipos, mecanismo de acción. Aplicación de insulina.												X

Anexo. No. 6 Cronograma de temas impartidos en el grupo de la Casa del adulto mayor

Cronograma		Mayo			Junio				Julio		
Temas	Semana	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19
11. Diabetes mellitus 2, concepto, causas, tratamiento, complicaciones agudas y crónicas.		X									
12. Medición de glicemia capilar. Beneficios de apegarse al tratamiento en los niveles de glucemia.			X								
13. Control metabólico, glicemia capilar, glicemia central, hemoglobina glucosilada, tensión arterial, colesterol, triglicéridos.				X							
14. Grupos de alimentos: carbohidratos, proteínas (origen animal, leche, leguminosas), vegetales (frutas y verduras) y grasas.					X						
15. Conteo de carbohidratos. Establecer compromiso con un plan de acción.						X					
16. Identificación de barreras para ejecutar el plan de alimentación, influencias interpersonales y situacionales del adulto mayor que vive con diabetes. Elaboración de un plan de alimentación.							X				
Actividad institucional								X			
17. Tipos de actividad física. Identificación de barreras, influencias interpersonales y situacionales del adulto mayor que vive con diabetes. Establecer compromiso con un plan de acción.									X		
18. Mitos relacionados con la diabetes										X	
19. Antidiabéticos orales, tipos, mecanismo de acción. Beneficios de apegarse al tratamiento en los niveles de glucemia.											X