

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y
SALUD PÚBLICA

TESIS PROFESIONAL

**CUIDADOS INTEGRALES QUE SE LE
DEBE BRINDAR A LOS ADULTOS
MAYORES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 DEL BARRIO SAN ISIDRO DE
VILLA DE COMALTITLÁN CHIAPAS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTAN

**MÓNICA GONZÁLEZ CHACÓN
ESPERANZA JIMÉNEZ PÉREZ**

DIRECTOR DE TESIS

M.C. EMANUEL RIVAS ROBLES

Villa de Acapetahua, Chiapas

Enero 2023



AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a dios por permitirme tener tan buena experiencia dentro de mi universidad, por cuidarme, guiarme y bendecirme.

A mis padres el Sr. Antonio González Agreda y la Sra. Lucia Chacón Marroquín por ser siempre mi apoyo y el más fuerte que he tenido en este largo camino llamado vida, por el amor que siempre me demuestran día a día y saber que estarán conmigo incondicionalmente.

A mi hijo Adrián Antonio González Chacón que ha sido el motor más grande que tengo a mi lado desde hace nueve años, por el cual me decidí a seguir estudiando, ellos han sido y serán siempre mi fuerza para seguir adelante y nunca rendirme.

A mi director de tesis el M. C. Emanuel Rivas Robles que, por su paciencia, constancia, su tiempo y más que nada su enseñanza, virtudes y experiencia no habría llegado hasta donde estoy.

A todos y cada uno de los profesores que estuvieron a lo largo de mi carrera, que con su ejemplo y desempeño me llevaron a tener el conocimiento que hoy día desempeño como profesional.

Gracias de todo corazón a cada uno por ser parte de mi vida.

Mónica González Chacón

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Principalmente a nuestro padre Dios quien me ha guiado y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres

Por su comprensión y apoyo incondicional, ya que son mi pilar fundamental durante mi formación académica, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y todo ello de una manera desinteresada y lleno de amor.

A mi hermano

Que ha sido mi ejemplo y lucha para alcanzar mis metas.

Esperanza Jiménez Pérez



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR
AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Villa de Acapetahua, Chiapas
13 de diciembre del 2022

C. Mónica González Chacón

Pasante del Programa Educativo de: Licenciatura en Enfermería

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Cuidados integrales que se le debe brindar a los adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2
del Barrio San Isidro de Villa de Comaltitlán Chiapas

En la modalidad de: Tesis profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

L.E. Jorge Luis Ovalle Palacio

MDU. Cielo del Rocío Morales Rojas

M.C. Emanuel Rivas Robles

Firmas:

[Firma]
[Firma]
[Firma]

Ccp. Expediente





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR
AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Villa de Acapetahua, Chiapas
13 de diciembre del 2022

C. Esperanza Jiménez Pérez

Pasante del Programa Educativo de: Licenciatura en Enfermería

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:
Cuidados integrales que se le debe brindar a los adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2
del Barrio San Isidro de Villa de Comaltitlán Chiapas

En la modalidad de: Tesis profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

L.E. Jorge Luis Ovalle Palacio

MDU. Cielo del Rocío Morales Rojas

M.C. Emanuel Rivas Robles

Firmas:

[Firma]
[Firma]
[Firma]

Ccp. Expediente



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS	5
General	5
Específicos	5
MARCO TEÓRICO.....	6
Antecedentes.....	6
Conceptualización	8
HIPÓTESIS	26
METODOLOGÍA.....	27
Diseño de la investigación	27
Población.....	27
Muestra.....	28
Muestreo.....	28
Variables.....	28
Instrumentos y técnicas de investigación.....	29
Descripción de técnicas utilizadas	30
<input type="checkbox"/> Cuestionario “Las 14 necesidades fundamentales según el modelo enfermero de Virginia Henderson”	30
<input type="checkbox"/> Diabetes Knowledge Questionnaire	30
<input type="checkbox"/> Evaluación de glucosa en sangre.....	31
<input type="checkbox"/> Somatometría y cálculo de índice de masa corporal (IMC)	31
<input type="checkbox"/> Toma de signos vitales.....	31
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	32
a. Necesidades biopsicosociales de los adultos mayores con DMT2.	32
b. Nivel de conocimiento de los cuidadores primarios sobre la DMT2.	39
c. Cuidados integrales que se le deben brindar a los adultos mayores con DMT2 según las necesidades biopsicosociales.....	43
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES	47
GLOSARIO.....	48
REFERENCIAS DOCUMENTALES	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Unión de la insulina con su receptor.	22
Figura 2. Barrio San Isidro del municipio de Villa de Comaltitlán.	28
Figura 3. Tratamientos hipoglucemiantes de adultos mayores con DMT2.	34
Figura 4. Estado de ánimo de los adultos mayores con DMT2.	36
Figura 5. Religión a la que pertenecen los adultos mayores.	37
Figura 6. Actividades que realizan los adultos mayores.	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población de 60 años y más y su distribución por grupos de edad según sexo 2010, 2014 y 2050.	12
Tabla 2. Valores de glicemia de los adultos mayores.	35
Tabla 3. Conocimiento básico de los cuidadores primarios sobre la DMT2.	40
Tabla 4. Conocimiento de los cuidadores primarios sobre el control glucémico. ..	41
Tabla 5. Conocimiento de los cuidadores primarios acerca de la prevención y detección de complicaciones en los adultos mayores con DMT2.	42

INTRODUCCIÓN

El Barrio San Isidro del municipio de Villa de Comaltitlán presenta una situación crítica en cuestiones de salud y desde la misma perspectiva está caracterizada por tener pobladores en edad geriátrica con DMT2 de los cuales debido a su condición total deben estar bajo los cuidados de otra persona quien funge como cuidador primario, es por ello que se debe evaluar el nivel de conocimientos que ambas partes protagónicas tienen ante el enfrentamiento de dicha enfermedad, ya que las incidencias de afecciones y complicaciones se manifiestan con mucha frecuencia, por lo tanto, el fomentar cuidados debe alcanzar un nivel alto de importancia, no a manera que se erradique la enfermedad sino prevenir afecciones y que se goce de una vida sana, con calidad.

Gómez-Huelgas, y otros, (2016) dicen que las personas mayores con diabetes mellitus tipo 2 presenta multitud de características diferenciales que la hacen merecedora de consideraciones específicas. En estas personas, más que nunca, los objetivos deben ser individualizados, incorporados a las decisiones la opinión del paciente. Aunque las opciones terapéuticas son las mismas que para los jóvenes, las metas son claramente diferentes, no estarán tanto en aumentar la expectativa de la vida, sino en aumentar su calidad. Más que en cualquier otro grupo de edad, el objetivo prioritario de tratamiento de DMT2 es evitar la aparición de deterioro funcional o su progresión.

El estudio se diseñó bajo el paradigma de investigación mixto, se hizo uso del método de investigación descriptivo y documental. El enfoque cuantitativo permitió indagar sobre la incidencia y aspectos relevantes que presentan los adultos mayores que padecen DMT2, por otro lado, el paradigma cualitativo dio pauta para describir las necesidades biopsicosociales y el documental conocer y enunciar los cuidados que se deben considerar a los adultos mayores. Los adultos mayores con DMT2 del Barrio San Isidro se ven directamente afectados al no poder satisfacer de manera autónoma sus necesidades que presentan desde un enfoque biológico, psicológico y social, haciendo que sean

dependientes de un cuidador principal quien ayude a realizar la mayor parte de sus actividades cotidianas, así mismo, los resultados obtenidos indican que los conocimientos que los cuidadores poseen no son suficientes para cubrir las necesidades de las personas geriátricas con DMT2 convirtiéndolos en un grupo etario mayormente susceptible de complicaciones evitando que gocen de una buena calidad de vida durante el proceso de su enfermedad puntualizando que los cuidados que se brinden deben ser de calidad y calidez.

En nivel de dependencia que una persona adulta mayor con diabetes mellitus tipo 2 posee en cuanto al apoyo que le brinda su cuidador primario es proporcional al nivel de conocimientos que se tienen al brindar dichos cuidados, considerando que la educación juega un papel primordial cuando se habla de salud y enfermedad debido a que esta dará la guía para evitar complicaciones que se pueden presentar.

JUSTIFICACIÓN

La presente de investigación es un instrumento que permitió describir los cuidados integrales que se deben brindar a pacientes diabéticos en edad geriátrica, surge de manera novedosa y de relevancia para los habitantes del Barrio San Isidro ya que en el centro de salud solo tienen registros que indican el número de enfermos de diabetes tipo 2 y que tipo de tratamiento farmacológico siguen para tener control de su enfermedad por lo que es necesario sentar las bases de una investigación que dé cuenta de los cuidados integrales que se le debe brindar a los adultos mayores que tienen DMT2.

Sobre las bases de las consideraciones anteriores se beneficiará a los habitantes, al adquirir conocimientos sobre los cuidados holísticos que se deben proporcionar a pacientes con DMT2 una de las enfermedades que más aquejan a esta zona, a la vez que se previenen complicaciones y se brindan cuidados de calidad y calidez a los familiares enfermos.

Como Licenciada en Enfermería realizar esta investigación me permite vincular conocimientos técnicos, científicos, humanísticos y socioculturales con la población que tiene relación directa con enfermedades crónico degenerativas como diabetes tipo II y desarrollar profesionalmente lo que me compete ante la sociedad como proveedora del cuidado, promotora, investigadora y educadora en las áreas de salud y elaborar planes de cuidados a individuos, familias y comunidades.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónico degenerativas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. La DMT2 es una de ellas y se representa con un alto porcentaje de prevalencia y que en la actualidad posiciona al país en el sexto lugar de clasificación mundial. El estado de Chiapas ocupa el primer lugar a nivel nacional con pacientes que padecen DMT2 y con base fundamental la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición describe que la prevalencia en la población de 60 años o más fue 1.2 veces mayor que la prevalencia del resto de la población (Instituto Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, 2016).

En la actualidad el municipio de Tapachula tiene 667,830 mil habitantes del cual la tasa de mortalidad por DMT2 es de 76.2 por cada 100,000 habitantes. El porcentaje de que ocupan los adultos mayores a 65 años de edad dentro de esta población es de 5.9%. Específicamente en el Barrio San Isidro, habitan 502 personas, en donde se ha observado que la mayor parte de la población adulta presentan DMT2, situación que obliga a sus familiares y personas cercanas a ocupar un lugar como cuidadores directos y responsables de la salud, quienes no cuentan con conocimiento acorde a los cuidados integrales que deben proporcionar al familiar enfermo. De no atenderse esta situación los pacientes con edad avanzada que padecen DMT2 corren el riesgo de sufrir complicaciones durante su enfermedad en consecuencia disminuir el tiempo de vida.

La deficiencia de conocimiento por parte de los cuidadores causa complicaciones de salud en los enfermos, razón importante por la cual se debe prestar especial atención al cuidado que se les brinda a los enfermos con diabetes, potencializando el conocimiento en los cuidadores primarios para lograr que mediante los dichos cuidados las personas adultas puedan disfrutar de un estilo de vida digno y saludable. La situación antes descrita me lleva a plantearme la siguiente pregunta ¿conocer las necesidades de un paciente geriátrico con DMT2 me permite aplicar cuidados integrales?

OBJETIVOS

General

Describir los cuidados integrales que se les debe brindar a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 del Barrio San Isidro del municipio de Villa de Comaltitlán, Chiapas.

Específicos

- a. Describir las necesidades biopsicosociales de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.
- b. Evaluar el nivel de conocimientos que tienen los cuidadores primarios sobre la DMT2.
- b. Enunciar los cuidados integrales que se le deben brindar a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Las Enfermeras del Hospital Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla, Morelos (1999), realizaron una investigación enfocada a pacientes diabéticos para el diagnóstico y cuidados de enfermería se basaron en el modelo conceptual de Virginia Henderson, que establece que para determinar el grado de independencia y dependencia de la salud se deben satisfacer 14 necesidades fundamentales con lo que se concluyó que para poder prevenir complicaciones propias de la enfermedad se deben de satisfacer las necesidades dependientes de la institución enfermería médico y son básicamente educación para la salud.

Santos-Alves, Souza e Souza, Santos-Alves, Soares-Oliveira, Yoshie-Yoshitome, y Antar-Gamba (2014) ejecutaron un estudio para identificar la salud y la funcionalidad de 99 ancianos con Diabetes Mellitus tipo 2 en la atención primaria de salud de Montes Claros-Minas Gerais, Brasil. Del cual se realizó una investigación cuantitativa y descriptiva, la recolección de datos se llevó a cabo en los hogares de los encuestados, a través de cuestionario estructurado basado en herramientas de evaluación funcional y el Brazilian Multidimensional Functional Assesment Questionnaire. Se concluye que el grado de dependencia de los ancianos encuestados fue alto, requiriendo de la Atención Primaria de Salud responsable de la construcción y disponibilidad de las prácticas de salud apropiadas.

Ramírez-Girón, Cortés-Barragán, y Galicia-Aguilar (2016) trataron un proceso de enfermería a un adulto mayor con DT2 y a su cuidador primario, mediante una valoración de enfermería inicial y la medición del conocimiento de la enfermedad a través del cuestionario de conocimiento en diabetes-24 y estilo de vida, con el instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos. La efectividad fue evaluada con una valoración final de la persona con DT2 y cuidador. Como resultado se observó un incremento del nivel de conocimientos de la

enfermedad y una mejora en el estilo de vida, de la persona con DT2 y su cuidador, en los dominios: nutrición, actividad física, emociones y adherencia terapéutica.

Soler-Sánchez, Pérez-Rosabal, López-Sánchez, y Quezada-Rodríguez (2016), determinaron mediante un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal estudiando el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, autocuidado y vías de información sobre la diabetes mellitus en 22 pacientes. Emplearon como técnica de recogida de información encuestas a pacientes diabéticos elaboradas por los autores. Se evidenció que el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus que predomina es 45%; el 91% presenta ausencia de autocuidado y las vías de obtención de la información que predominaron son los medios de difusión masiva con 81%, concluyendo que los pacientes diabéticos tipo 2 presentaron ausencia de autocuidado y bajo nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus.

Martínez-Hernández, Hervert-Hernández, Soler-Huerta, Chávez-Valle, y Mota-Velasco (2008), realizaron una encuesta prospectiva con el objetivo de determinar el apoyo social y familiar de 90 pacientes con diabetes tipo 2. El estudio se realizó en la Unidad de Medicina de Familia número 43 de Altotonga, Veracruz, México, perteneciente al IMSS. Se aplicó un cuestionario MOS validado para medir el apoyo social, que evalúa cuatro dimensiones: apoyo afectivo, emocional, instrumental e interacción social positiva. Se obtuvieron los siguientes registros: el apoyo emocional estuvo presente en el 77% de los casos; el apoyo afectivo en el 90%, y el apoyo instrumental se presentó en el 81% de los diabéticos.

Valdés-Ramos, Castillo-Oliva, y Cedeño-Ramírez (2012) determinaron el nivel de conocimientos acerca de la diabetes mellitus en 311 pacientes en el Centro de Atención al Diabético de Bayamo, Granma, antes y después de una intervención educativa mediante la impartición del curso de información básica sobre esta enfermedad de la cual se realizó un estudio descriptivo, dichos conocimientos se midieron mediante cuestionario debidamente validado y aplicado al inicio y al final de la intervención educativa. En efecto se obtuvo que al inicio del curso 301

(96.8%) pacientes tenían conocimientos insuficientes sobre su enfermedad, mientras que al final solo 21 (6.8%) mantuvieron esa condición.

Conceptualización

El ciclo de vida del ser humano

El ciclo de vida es un enfoque que permite reconocer que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones claves. El ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y recordar que existe diversidad individual y cultural. La siguiente clasificación es un ejemplo: in útero y nacimiento, primera infancia (0-5 años), infancia (6-11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14-26 años), adultez (27-59 años) y vejez (60 años y más) (Minsalud, 2019).

Vejez: la vejez es una etapa de la vida, la última. Está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual, y cómo se ha vivido durante ese tiempo. La vejez tiene significados diferentes para diferentes grupos. Para definirla, hay que tomar en cuenta la edad cronológica, física, psicológica y social.

La edad cronológica: la ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años. Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.

La edad física: los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su

cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones. Un aspecto importante en esta etapa de la vida es el logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan.

La edad psicológica: el significado que para cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo. Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos es causado por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, entre otros. En cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual.

La edad social: la vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social. Es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a la vejez y a las personas adultas mayores. La vejez es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas, por lo tanto, es un grupo social que necesita de los demás, pero que contribuye de manera muy importante tanto en la familia como en la sociedad, por lo que su participación, opiniones y decisiones son fundamentales para el desarrollo de la misma (Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la ciudad de México, 2019).

La vejez vista de distintas culturas

La sociedad del siglo XXI tiende a emplear expresiones peyorativas para referirse a las personas mayores. Vivimos en una época en la que prevalecen los valores asociados a la belleza externa y a la inmediatez. Viejo se ha convertido en sinónimo de inútil, feo, antiguo, estorbo o incapaz. En cambio, se ha dejado en el

olvido de que, al llegar a la vejez, las personas han adquirido sabiduría, experiencia, serenidad y generosidad.

En los últimos tiempos se han buscado alternativas para mencionar a los ancianos, términos eufemísticos y políticamente correctos como “tercera edad”, “adultos mayores” o “edad avanzada”. En el fondo, esta etapa es temida por nuestra sociedad y tratamos de desterrar de nuestra mente todo lo que haga referencia a vejez.

La vejez en la prehistoria: las primeras estructuras sociales tenían la forma de tribus, gracias a los cuales las personas podían garantizar su supervivencia. La esperanza de vida era muy breve a causa de las luchas, la caza y las enfermedades, por lo que no había muchas personas ancianas. Como consecuencia, las personas que alcanzaban una edad poco habitual eran consideradas casi sobrenaturales. Concebidas como la esencia de la sabiduría, se les atribuía capacidad para curar enfermedades, adivinar el futuro y hablar con los espíritus. Los cuidados de las personas mayores se realizaban en el seno de la familia.

La vejez en la antigua Grecia: durante el período helenístico, los viejos robustos y ambiciosos, tuvieron más oportunidades que en la Grecia clásica. Fue una sociedad más abierta y cosmopolita, menos prejuiciosa respecto a la raza o edad. Los hombres mayores de 60 años eran relevados del ejército y pasaban a ocuparse de mantener el orden. El poder estaba en manos de los ancianos, que eran más ricos y que inculcaban a los jóvenes el respeto por los mayores.

La vejez en el Imperio Romano: en el Imperio Romano todo el poder se concentraba en el senado, formado por ancianos. Eran los encargados de la administración, de la justicia y de las relaciones diplomáticas. Los privilegios de los ancianos eran enormes y las clases más bajas de la sociedad los consideraban sabios y virtuosos.

La edad en la edad media y en el renacimiento: en la edad media, la vejez era vista como una etapa oscura en la vida de las personas, el tiempo anterior a la muerte. No obstante, la Iglesia se ocupó del cuidado de las personas mayores mediante la creación de hospitales para atender a los más desamparados. En el Renacimiento, al igual que en la Grecia clásica, se produjo una revalorización de la juventud y la belleza como idea de perfección. Por tanto, se produjo un nuevo rechazo a todo lo que se pudiera considerar viejo, sinónimo de feo. A partir del siglo XVI, con el aumento de la esperanza de vida, la población anciana comenzó a verse con mejores ojos.

La vejez en la edad moderna y contemporánea: la industrialización y el retroceso de las grandes pandemias, gracias al descubrimiento de las vacunas y los antibióticos, produjo un significativo cambio demográfico debido a una importante prolongación de la esperanza de vida. A finales del siglo XIX, comenzaron a aparecer las primeras corrientes filosóficas que rechazaban la idea de asociar vejez con enfermedad. Fue el origen de la Geriatria y la Gerontología. El cuidado de las personas mayores en el seno de la familia fue convirtiéndose en algo habitual, costumbre que se prolongó en el siglo XX (Joyners-Cuidadores, 2017).

Afroamericanos: en muchas familias afroamericanas, el adulto más viejo tiene un papel crítico en la familia extendida, a menudo cuida de los nietos. Los adultos mayores son valorados y tratados con respeto. Sobrevivir hasta la vejez se considera un triunfo y logro personal que demuestra la fortaleza y fe.

Asiáticos-americanos: la mayoría cree que los adultos mayores deben ser respetados. También se cree que los hijos están obligados a atender a los padres en su vejez, la responsabilidad recae en el hijo primogénito. La mayoría de los estadounidenses de origen chino consideran que la familia es más importante que el individuo; la independencia personal no es muy valorada. Los adultos mayores son respetados por su longevidad y sabiduría.

Alemanes-americanos: en esta cultura se espera que los hijos ayuden a los padres a permanecer en su propia casa el mayor tiempo posible. Al final, los padres ancianos casi siempre viven con sus hijos, tal vez se mudan del hogar de un hijo al hogar de otro.

Nativos americanos: cuando los nativos norteamericanos ya no pueden cuidar de sí mismos, casi siempre son atendidos por los adultos más jóvenes. El término anciano no solo se refiere a la edad, sino un estado físico y social. Los ancianos reciben respeto y son valorados como líderes, maestros y consejeros.

Hispanos: incluyen a las personas de origen mexicano, cubano y puertorriqueño. La familia es importante en esta cultura y es frecuente que haya familias comunales combinados. Cuando los adultos mayores ya no pueden cuidar de sí mismos, casi siempre se mudan con sus hijos. La vejez se considera una etapa donde la persona debe disfrutar lo que ha logrado durante la vida (Eckman, 2012).

Demografía y envejecimiento

La proporción de personas de más de 60 años se proyecta que se doble en todo el mundo en los próximos 50 años. El mayor aumento se verá en los países en vías de desarrollo, tabla 1 (Tabloski, 2010).

Tabla 1. Población de 60 años y más y su distribución por grupos de edad según sexo 2010, 2014 y 2050.

Grupo de edad	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
2010						
Total	5,375,841	4,679,538	10,055,379	100	100	100
60 a 69 años	2,861,791	2,571,940	5,433,731	53.2	55.0	54.0
70 a 79 años	1,665,835	1,453,582	3,199,417	31.0	31.1	31.0
80 años y más	848,215	654,016	1,502,231	15.8	14.0	14.9
2014						
Total	6,267,693	5,401,740	11,669,431	100	100	100
60 a 69 años	3,400,876	3,034,205	6,435,080	54.3	56.2	55.1
70 a 79 años	1,872,979	1,600,977	3,473,955	29.9	29.6	29.8

80 años y más	993,838	766,558	1,760,396	15.9	14.2	15.1
2050						
Total	18,182,536	14,244,659	32,427,197	100	100	100
60 a 69 años	8,332,700	6,875,120	15,207,821	45.8	48.3	46.9
70 a 79 años	6,138,609	4,765,267	10,903,877	33.8	33.5	33.6
80 años y más	3,711,227	2,604,272	6,315,499	20.4	18.3	19.5

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda (2010).

Proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso universal que afecta a todos los seres vivos. Desde el mismo momento de nacer se inicia un proceso continuo, denominado senescencia, que representa una serie de modificaciones orgánicas, funcionales y es particularmente un fenómeno individual en ese mismo sentido el envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas. Dicha fase no puede plantearse de forma comparativa con otras fases del desarrollo del hombre y es importante tener en cuenta que las condiciones y características de vida de unos y otros diferirán enormemente en valores culturales, alimentación, ambiente, enfermedades, entre otros (García-Hernández, Torres-Egea, y Ballesteros-Pérez, 2006).

Es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno. Los cambios presentes en esta etapa se presentan en forma universal, progresiva, declinante, intrínseca e irreversible. Esas transformaciones se describen de la manera siguiente:

Universales: porque se producen en todos los organismos de una misma especie.

Progresivos: porque es un proceso acumulativo.

Declinantes: porque las funciones del organismo se deterioran de forma gradual hasta inducir a la muerte.

Intrínsecos: porque ocurren en el individuo, a pesar de que están influenciados por factores ambientales.

Irreversibles: porque son definitivos (Anzola-Pérez, 1993).

Calidad de vida del adulto mayor

El concepto de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente Lyndon Jonson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud. Se popularizó en los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial relacionados con el análisis sobre los consumidores. En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el Index Medicus y en palabra clave en el sistema Medline, sin embargo, se hizo popular entre investigadores de la salud en la década de los años 80 (Botero-Mejía y Pico-Merchán, 2007).

La población mundial ha envejecido desde su origen, uno de los cambios demográficos más sorprendentes de los últimos años ha sido el crecimiento constante en la proporción de personas mayores. En los últimos años es que la sociedad ha empezado a tomar conciencia del problema que representa el envejecimiento de la población y la necesidad de dar respuesta a las consecuencias personales, sociales y políticas derivadas de ello (Montanet-Avenida, Bravo-Cruz, y Hernández-Elías, 2009).

Disciplinas médicas enfocadas a la vejez

Gerontología: en la actualidad, es definida como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas; además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores. Su origen etimológico proviene del vocablo griego, geron = viejo y logos = estudio.

Geriatria: es por tanto una rama de la gerontología y la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y

enfermedad de los ancianos. Es una ciencia práctica aplicada, que se ocupa de la asistencia integral a estas personas (Prieto-Ramos, 1999).

Enfermería gerontológica: es definida por Gunter y Estes como un servicio de salud que incorpora a los conocimientos específicos de enfermería, aquellos especializadas sobre el proceso de envejecimiento, para establecer en la persona mayor y en su entorno las condiciones que permitan aumentar las conductas saludables, minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad, proveer comodidades durante los eventos de angustia, debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de muerte y facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez (Anzola-Pérez, 1993).

Salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948 (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La profesión de enfermería, tiene como fin cuidar de la salud individual, familiar y comunitaria, mediante acciones de promoción y prevención. Cuando la salud es afectada, las acciones de enfermería son dirigidas a la restauración de ésta a través de cuidados específicos, que van desde los más simples a los más complejos. La enfermera otorga el cuidado de la salud de forma integral, o bien como participante con otros profesionales de la salud, cada uno con sus respectivas responsabilidades, que deben realizarse de manera coordinada dentro de un marco de mutuo respeto entre sí y siempre y en todo caso con el debido al ser humano (Ledesma-Pérez, 2015).

Enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedad como alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible. Partiendo de dicha definición, se han extraído dos elementos, interrelacionados entre sí, pudiendo estar presentes uno o ambos en el proceso de enfermedad: por un lado, el signo, el cual representa el indicio, señal de algo, siendo esta medible y valorable. Y por otro, encontramos el síntoma, el cual se entiende como la manifestación reveladora de una enfermedad, siendo algo subjetivo de la propia persona (Herrero-Jaén, 2016).

Valoración del adulto mayor

La valoración completa de una persona de edad avanzada tiene dos pasos clave: realizar un interrogatorio de salud minucioso y realizar una exploración de física completa. Esta valoración integral establece el estado de salud basal del individuo, lo que permite evaluar los cambios en su condición con el paso del tiempo y determinar la necesidad de servicios de apoyo (Eckman, 2012).

Necesidades humanas básicas en el anciano y factores biopsicosociales

Necesidad de oxigenación: la necesidad de oxigenación está condicionada por las limitaciones orgánicas propias del proceso de envejecimiento y por la disminución del gasto físico, la finalidad de satisfacer dicha necesidad es la ventilación pulmonar, que se refiere al flujo de entrada y salida del aire entre la atmosfera y los alvéolos pulmonares y la difusión del oxígeno desde los alveolos hacia la sangre pulmonar y la difusión del dióxido de carbono en la dirección opuesta, desde la sangre.

Respiración: el ritmo respiratorio regular con una frecuencia respiratoria de 15 a 20 respiraciones por minuto se considera dentro de los valores normales para el rango de edad mencionado, en ese mismo sentido la frecuencia cardiaca es de 70 a 80 latidos por minuto. Con referencia a lo anterior, la capacidad para expectorar

y mantener libres las vías respiratorias es necesaria para poder llevar a cabo el intercambio gaseoso de una manera adecuada y mantener los requerimientos vitales.

Estado físico: una correcta alineación favorecerá la capacidad de expansión de la caja torácica para la realización de ejercicio físico adecuado a sus limitaciones. Mantener una buena higiene según los hábitos, el vestido y el calzado favorecerá una correcta oxigenación. Una dieta equilibrada mantendrá una hidratación y peso adecuado para el funcionamiento orgánico correcto.

Estado psíquico: la situación psíquica es importante para la satisfacción de esta necesidad especificando que los cambios emocionales pueden influir en el patrón respiratorio, como ansiedad, estrés, entre otros.

Situación social: el clima, altitud, medio ambiente, vivienda, pueden influir sobre esta necesidad, así mismo el tipo de vida y costumbres del anciano pueden favorecer la autonomía.

Necesidad de alimentación: la necesidad de alimentación resulta vital para el mantenimiento de la vida y para permitir el correcto funcionamiento orgánico, así también la capacidad para elegir alimentos y bebidas, ingerir alimentos y mantenimiento del apetito.

Estado físico: para poder llevar a cabo un funcionamiento óptimo del aparato digestivo es necesario es correcto estado de boca y dientes presentes o no.

Estado psíquico: el anciano debe tener conocimiento de los alimentos que beneficien y perjudiquen su salud, el nivel de conocimiento debe ser básico para manipular y conservar alimentos, considerando importante el equilibrio emocional para estimular la ingestión de alimentos.

Estado social: accesibilidad a los alimentos, clima y situaciones geográficas, características de la vivienda que favorezcan la independencia, situación

económica que permita el mantenimiento de la boca y costumbres y tradiciones que influyan en esta necesidad.

Necesidades de eliminación: desecho del metabolismo es vital para el funcionamiento del organismo. Para deshacernos de esta es necesaria la conjunción de diversos sistemas del individuo sano, incluye eliminación urinaria, fecal y de transpiración.

Estado físico: para la satisfacción de esta necesidad la capacidad física resulta básica para la correcta satisfacción del anciano y el vaciado de la vejiga se conseguirá con una correcta respuesta de control de esfínteres teniendo en cuenta la polaquiuria y nicturia que es prevalente en este rango de edad.

Estado psíquico: los requerimientos orgánicos de la eliminación del anciano se conseguirán a través de su capacidad intelectual y de coordinación motora, las emociones perdidas, cambios y situaciones de estrés pueden afectar los hábitos eliminatorios y un ambiente tranquilo y la conservación de la intimidad son factores que condicionan la consecuencia de una correcta eliminación.

Enfermedades más comunes en pacientes geriátricos

En el acto médico cotidiano cada día es más palpable el fenómeno del envejecimiento poblacional en que el aspecto del envejecimiento poblacional traerá un mayor impacto social y económico será el de las condiciones de salud, debido a las transiciones demográfica y epidemiológica que implican un desplazamiento de las causas de morbilidad y mortalidad desde las enfermedades transmisibles hacia las crónicas, degenerativas e incapacitantes, lo cual incrementará los costos de atención con el envejecimiento de la población se cambian los tipos de enfermedad predominantes en las comunidades; diabetes, las afecciones isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares son las principales causas de defunción en personas de edad adulta, seguidas por las neoplasias y las enfermedades respiratorias, principalmente la neumonía (Cardona, Estrada, y Agudelo, 2006).

El envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos. Comienza después de la madurez, y conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas y termina con el fallecimiento. Se desconoce el motivo por el que las personas experimentan cambios a medida que envejecen, es por ello por lo que han surgido muchas teorías para dar una explicación a este proceso. La mayoría de los investigadores creen que se produce por un proceso acumulativo de interacciones entre las distintas influencias (herencia, el ambiente, las características culturales, la dieta, el ejercicio, las enfermedades previas y muchos otros factores) a lo largo de la vida (Corujo-Rodríguez y Pérez-Hernández, 2013).

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es un trastorno crónico del metabolismo hidrocarbonado caracterizado por un déficit absoluto o relativo de insulina. Su control es difícil, ya que depende de múltiples factores como son la alimentación, el tratamiento insulínico o con antidiabéticos orales, el ejercicio y la educación terapéutica. Si alguno de estos factores falla, el control metabólico y la calidad de vida del paciente diabético será deficiente. Existen varios tipos de diabetes mellitus, aunque las más frecuentes en nuestro medio son diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 y diabetes gestacional (Casas-Oñate, 2011).

Clasificación de la diabetes mellitus

Actualmente, la clasificación de la diabetes mellitus se basa en criterios etiológicos. Se ha propuesto un modelo de clasificación de la diabetes mellitus centrada en las células beta, donde se reconoce la alteración de la misma, como el defecto primario de la diabetes mellitus y se reconoce interacción de la genética, resistencia a la insulina, factores ambientales del sistema inmunológico sobre la función y la masa de las células beta. Esta clasificación centrada en las células beta identifica las vías mediadoras de la hiperglucemia que son operativas en cada paciente y dirigen el tratamiento a esas disfunciones específicas. La diabetes

mellitus se clasifica de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) que se incluye en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA24 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus conforme a su origen y características:

Diabetes mellitus tipo 1: el individuo presenta producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Generalmente se debe a una enfermedad autoinmune la cual causa destrucción de células beta del páncreas. Sus síntomas consisten en poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio, que pueden aparecer de forma súbita.

Diabetes mellitus tipo 2: es un trastorno metabólico caracterizado por la presencia de hiperglucemia crónica, que resulta de la resistencia a las acciones de la insulina en los tejidos periféricos, así como la secreción inadecuada de la insulina y una supresión deficiente de la secreción de glucagón en respuesta a la glucosa ingerida, por lo tanto, la DMT2 involucra al menos dos mecanismos patogénicos (Pérez, 2009).

Diabetes gestacional: es un estado hiperglucémico “que se detecta por primera vez durante el embarazo, éste traduce una insuficiente adaptación a la insulino - resistencia que se produce en la gestante”. Tanto la mujer que cursa por esta patología como el producto resultante corren un mayor riesgo de presentar DMT2; además, las mujeres que presentan diabetes gestacional tienen mayor riesgo de continuar con diabetes aun habiendo concluido su embarazo (Velasco-Guzmán y Brena-Ramos, 2014).

Otros tipos específicos de diabetes por otras causas: por ejemplo, síndromes de diabetes mono génica, enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística) y diabetes inducida por fármacos o productos químicos como producida por glucocorticoides, tratamientos del VIH/SIDA o después de un trasplante de órganos (redGDPS, 2018).

Fisiopatología de diabetes mellitus tipo 2

Daño de la célula beta: este proceso se asocia con una predisposición genética, de tal manera que no todos los individuos desarrollarán DMT2, a pesar de presentar resistencia a la insulina. El proceso del daño de la célula beta tiene relación con la producción de estrés oxidativo, derivado de la oxidación de la glucosa (glicogenólisis) y de la oxidación de los ácidos grasos libres (beta oxidación).

El estrés oxidativo disminuye factores de transcripción (expresados en páncreas y duodeno, de donde deriva su nombre, PDX-1) que ayudan a la reparación y regeneración de la célula beta. Es muy probable que el daño inicial sea más un efecto de lipotoxicidad, propia de la liberación de los ácidos grasos libres desde adipocitos resistentes a la insulina, pero que en la medida que avanza la enfermedad se perpetúa por la glucotoxicidad. Todo medicamento que disminuya la concentración de ácidos grasos libres o de glucosa, ayudará a preservar la función de la célula beta.

Resistencia a la insulina (RI): es un fenómeno fisiopatológico en el cual, para una concentración dada de insulina, no se logra una reducción adecuada de los niveles de glucemia. Debido a su relación con la obesidad, por definición todo obeso debería tener RI, salvo que sea “metabólicamente sano”, como puede suceder en aquellos pacientes que realizan ejercicio con frecuencia.

El índice HOMA-IR¹ permite calcular de una manera simplificada la RI: $HOMA-IR = \frac{[Insulina \mu UI/mL * Glucemia mg/dL]}{405}$ Aun cuando no existe un valor normal para el HOMA-IRI. El adipocito parece orquestar todo el proceso; ésta es una célula que básicamente acumula ácidos grasos en forma de triglicéridos (TG) pero que, además, a través de múltiples señales, conocidas como 19 adipocinas, puede influenciar otros órganos.

¹ Homeostatic model assessment.

Su capacidad de almacenamiento se ve limitada por su tamaño; al alcanzar ocho veces el mismo, no puede seguir almacenando ácidos grasos, generando migración de éstos a órganos que en condiciones normales no lo hacen, como son el músculo esquelético (ME) y el hígado. El ME es el principal órgano blanco de la insulina, ya que allí se deposita por efecto de la insulina el 80% de la glucosa circulante; la llegada de los ácidos grasos bloquea las señales de la insulina, lo que lleva a resistencia a la insulina en el tejido muscular esquelético.

La unión de la insulina a su receptor fosforila el sustrato del receptor de insulina 1 (IRS 1) en los aminoácidos tirosina, activando la vía de la fosfoinositol 3 cinasa (PI3-K), la cual a su vez activa la translocación de los transportadores de la glucosa, Glut-4, desde el citoplasma hasta la membrana celular, generando poros que permiten la entrada de la glucosa a la célula. Con la llegada de los ácidos grasos libres (AGL) se activa el diacilglicerol (DAG) y posteriormente la proteína cinasa (C); ésta a su vez fosforila el sustrato del receptor de la insulina (IRS), pero ya no en los aminoácidos tirosina sino en los aminoácidos serina como consecuencia de esto el IRS ya no queda disponible para la insulina, ocasionando la resistencia a la insulina, figura 1 (Castillos-Barcia, 2011).

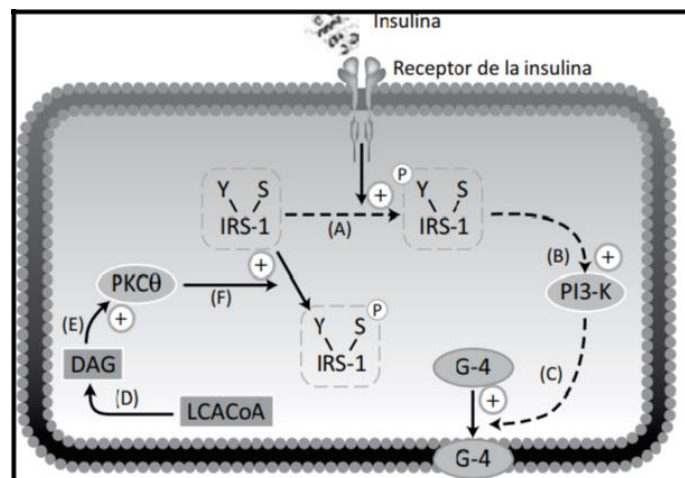


Figura 1. Unión de la insulina con su receptor.

Cuadro clínico de diabetes mellitus tipo 2

Los pacientes a veces no presentan manifestaciones clínicas o estas son mínimas durante varios años antes del diagnóstico. Pueden presentar aumento de la frecuencia urinaria (poliuria), sed (polidipsia), hambre (polifagia) y baja de peso inexplicable. También pueden padecer entumecimiento de las extremidades, dolores (disestesias) de los pies y visión borrosa. Pueden sufrir infecciones recurrentes o graves. A veces la enfermedad se manifiesta por pérdida de la conciencia o coma; pero esto es menos frecuente que en la diabetes de tipo 1, (OMS, 2019).

Epidemiología de diabetes mellitus tipo 2

Mortalidad: para el año 2012 la Federación Internacional de Diabetes (FID) estimó que, a nivel mundial, alrededor de 4.8 millones de personas de entre 20 y 79 años murieron a causa de diabetes o por alguna de sus complicaciones. De estos fallecimientos, cerca del 50% ocurrieron en personas menores de 60 años, lo que equivale a 2.3 millones de muertes en este grupo de edad. De acuerdo con los datos registrados del Centro de Información Estadística y Documental para el Desarrollo (CIEDD), hasta 1940 en México, la diabetes mellitus tipo 2 no se consideraba una de las principales causas de muerte, ya que únicamente presentaba en promedio una tasa de 4.2 defunciones por cada 100 mil habitantes lo que afecta a una de cada 100 personas adultas.

Para 1950, la tasa de mortalidad aumentó ligeramente y en 1960 se registraron 2 mil 787 decesos por esta causa, llegando a ocupar la posición 19 dentro de las primeras 20 causas de muerte en el país. Para 1980 la diabetes se colocó en el noveno lugar, con 14 mil 626 defunciones confirmadas y una tasa de 21.8 decesos por 100 mil habitantes. A finales del año 2000, la diabetes ocupó el tercer lugar a nivel nacional dentro de las 20 principales causas de defunción.

Para la República Mexicana, la FID reportó 10.6 millones de casos de diabetes en personas entre 20 y 79 años de edad, con una mortalidad de 73,347 de ellos. Así

mismo, reportó que existen alrededor de 3.4 millones de personas con diabetes no diagnosticada. De allí la importancia de continuar con los programas encaminados a la detección temprana, ya que se estima que existe una población significativa no diagnosticada y que, por ende, no ha iniciado tratamiento.

En el año 2010, la Secretaría de Salud publicó la NOM-015-SSA24 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (esta norma fue diseñada de acuerdo con estadísticas mexicanas específicas que recuperaban características propias de la población) en la cual, se señala que la diabetes ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres con más de 70 mil muertes y 400 mil casos nuevos anuales y trae consigo un aumento del riesgo cardiovascular. Asimismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social en su Guía de Práctica Clínica menciona que para el período 2004-2011, la diabetes fue la primera causa de muerte en el país, con un total de 21,096 defunciones únicamente en el año 2015.

Morbilidad: en la actualidad, la diabetes es reconocida como una pandemia que se ha incrementado en los últimos años. Al respecto, la FID estimó que para el año 2012 existían a nivel mundial más de 371 millones de personas entre 20 y 79 años que ya padecían diabetes. En el Atlas de la FID del año 2012, se destacan los países que a nivel mundial cuentan con un mayor número de casos. El primer lugar lo ocupa China, con 92.3 millones de personas con diabetes; le sigue India con 63 millones de casos; Estados Unidos de América con 24.1 millones de casos, Brasil con 13.4 millones de casos; la Federación Rusa con 12.7 millones de casos y, en sexto lugar, México con 10.6 millones de casos de diabetes mellitus tipo 2.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2012 estimó que “entre los países latinoamericanos y del Caribe, se ha reportado la mayor prevalencia de la diabetes; en Belice (12.4%) y México (10.7%), con tasas del 8% al 10% en Managua, Ciudad de Guatemala y Bogotá. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012 reportó que la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, lo que muestra un incremento

importante en comparación con la proporción reportada en la ENSA 2000 (5.8%) y en la ENSANUT 2006.

El CIEDD realizó para la República Mexicana un comparativo a partir del año 2000 en donde la tasa de incidencia era de 288.38 por cada 100,000 habitantes y para el 2010 de 387.5 por cada 100,000 habitantes. Para el Estado de Oaxaca, se tuvo un incremento a la par de la República Mexicana: se observó en 1984 una incidencia de 50.95 por cada 100,000 habitantes y para 2010 esta cifra creció exponencialmente siendo de 371.61 por cada 100,000 habitantes (Velasco-Guzmán y Brena-Ramos, 2014).

Cuidados integrales

En el contexto del tema debe entenderse el término integral (que viene de integralidad porque se refiere al todo de una realidad compleja y no sólo a algunas pocas de sus partes integrantes) en sus dos sentidos complementarios: la interpretación integral de lo que es la salud, y, la consecuente respuesta también integral para su cuidado donde es absurdo separar lo promocional, preventivo, reparador y de rehabilitación, lo individual de lo social, además de otros aspectos (Tejada-Rivero, 2013).

El hecho que en el año 2000 se habrá incrementado la población de adultos mayores, y que la OMS haya trazado metas importantes de “salud para todos en el año 2000” obliga, por así decirlo, a revisar y educar nuestros actuales programas de atención al adulto mayor. Si, además, añadimos que los nuevos conceptos gerontológicos exhiben gran participación de la familia y la comunidad y se dejan fuera los antiguos patrones de institucionalización para ser usadas cuando sea necesaria (Dirección Nacional Asistencial Social, 2015).

HIPÓTESIS

Determinar las necesidades biopsicosociales de los adultos mayores con DMT2 permite implementar los cuidados integrales que mejoren su calidad de vida durante su enfermedad.

METODOLOGÍA

Diseño de la investigación

El presente trabajo se diseñó bajo el paradigma de investigación cuantitativo de diseño transeccional descriptivo el cual tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades; y así proporcionar su descripción. Son, por tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, y Baptista-Lucio, 2010), también, se trata de una investigación de tipo documental porque se hizo la recolección, selección, análisis y presentación de información coherente a partir del uso de documentos para poder describir los cuidados que se deben aplicar a los pacientes en estudio (Martínez-López, 2002).

El uso de este diseño de investigación se debe a que la población estudiada son adultos mayores que padecen DMT2 los cuales manifiestan diversas necesidades biológicas, psicológicas y sociales haciéndolos acreedores de estar bajo la supervisión y asistencia de un cuidador primario los cuales han sido evaluados para conocer el nivel de conocimiento que tienen sobre la patología mencionada y con base a ello poder anunciar los cuidados integrales que se deben aplicar de acorde a las necesidades de cada paciente.

Población

El barrio estudiado fue San Isidro del municipio de Villa de Comaltitlán, en el barrio habitan 502 habitantes de los cuales 234 son hombres y 268 mujeres. En gran parte del barrio cuenta con servicios públicos, tales como drenaje, pavimentación, agua entubada y energía eléctrica, figura 2.

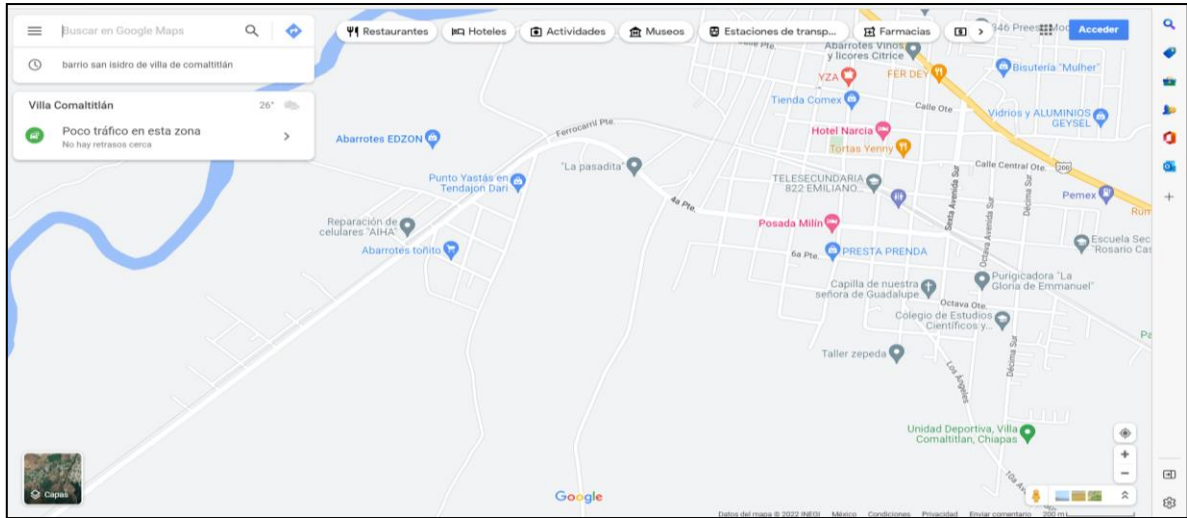


Figura 2. Barrio San Isidro del municipio de Villa de Comaltitlán (Google Maps, 2021).

Muestra

Para llevar a cabo la evaluación de los objetivos se realizó una muestra estratificada considerando 60 personas de las cuales 30 son adultos mayores con diabetes mellitus tipo II y 30 personas como cuidadores primarios.

Muestreo

La recolección de los datos para conocer el número de personas que se incluirían en dicho estudio fue durante el periodo comprendido del 9 de junio al 21 de junio 2022, realizando visitas presenciales a domicilio a personas que cumplieran con las características para la inclusión del estudio (adulto mayor con DMT2 y ser habitante del barrio San Isidro del municipio de Villa de Comaltitlán). El 50% de la población es del sexo femenino y en el mismo porcentaje la población masculina, teniendo una edad igual o mayor a 65 años.

Variables

Para el desarrollo de la presente investigación los análisis se realizaron en el Barrio San Isidro. En relación a ello se describen las variables consideradas en la evaluación.

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Usar ropa adecuada, vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones
11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores
12. Ocuparse en algo para realizarse
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

De igual manera se identificó el grado de conocimientos que los cuidadores tienen acerca de los cuidados hacia una persona adulta mayor diabética.

Instrumentos y técnicas de investigación

Para evaluar las necesidades biopsicosociales del paciente geriátrico se utilizó el cuestionario denominado “las 14 necesidades fundamentales según el modelo enfermero de Virginia Henderson” en donde se incluyen datos de manera holística dando como resultado un panorama ampliado de las personas participantes, para evaluar el nivel de conocimientos que tienen los cuidadores primarios acerca de la DMT2 se utilizó el instrumento de medición de diabetes Knowledge Questionnaire, glucómetro, lancetas y tiras reactivas de la marca “SDCHECK”, báscula y cinta métrica.

Descripción de técnicas utilizadas

- **Cuestionario “Las 14 necesidades fundamentales según el modelo enfermero de Virginia Henderson”**

La valoración para identificar las necesidades biopsicosociales de los adultos mayores con diabetes tipo 2, se llevó a cabo con el modelo de Virginia Henderson el cual consiste en la obtención de datos para determinar si los comportamientos llevados a cabo por la persona son adecuados y suficientes para satisfacer todas y cada una de las 14 necesidades fundamentales que contempla el modelo filosófico. Las fuentes de recolección de datos a las que se puede acudir, son: directas (la persona valorada) e indirectas (la pareja, la familia, los amigos, la historia del paciente, los informes de otros profesionales, la bibliografía publicada al respecto), y la validez y utilidad que estas puedan tener en un momento determinado. El tipo de datos que se pueden obtener que son objetivos y subjetivos. Los primeros son evidencias que se pueden cuantificar: una temperatura, un olor, un color, una frecuencia y los subjetivos son hechos o ideas expresadas por la persona, como son el dolor, el sufrimiento, no comprender, sentirse cansado, entre otros.

- **Cuestionario de conocimiento de la diabetes**

Para evaluar el nivel de conocimientos que tienen los cuidadores primarios acerca de la diabetes mellitus tipo 2 se utilizó el cuestionario de conocimiento de la diabetes el cual mide los conocimientos de los pacientes diabéticos y sus cuidadores, se añadieron preguntas que se consideran importantes y complementarias para la correcta evaluación, sus contestaciones están integradas por respuestas de si, no o no sé, para este trabajo solamente se consideró adecuada la respuesta, cuando se contestaba apropiadamente el reactivo si o no. Para medir el nivel de conocimiento se clasificó en adecuado (2 puntos), intermedio (1 punto) e inadecuado (0 puntos) y se clasifica a los pacientes con conocimiento adecuado quienes obtienen de 29-35 puntos, intermedio de 20-28 puntos e inadecuado de 0-19 puntos.

- **Evaluación de glucosa en sangre**

Se utilizó la técnica de toma de glucemia capilar para determinar los niveles de azúcar en la sangre en un estado preprandial, es un procedimiento que de manera instantánea arroja los resultados esperados, para realizarla se ocuparon los materiales siguientes: glucómetro, tiras reactivas y lancetas, fue aplicada en el periodo comprendido del 9 al 21 de junio 2022 en los domicilios de cada uno de las personas. Esta prueba se realizó de manera general mediante una gota de sangre extraída del dedo índice o anular de la mano del paciente, realizando para ello un pinchazo con las lancetas. La gota de sangre fue colocada en las tiras reactivas para que fueran leídas por el glucómetro, la unidad de medida utilizada fue mg/dL.

- **Somatometría y cálculo de índice de masa corporal (IMC)**

Es una serie de técnicas que tienen por fin conocer medidas y peso corporales. Para realizar la técnica se contó con la ayuda de una báscula de piso que sirvió para cuantificar el peso corporal presentado en kilogramos, la estatura se midió en metros y se utilizó una cinta métrica. Con ambos datos arrojados se calculó el índice de masa corporal con la fórmula matemática que consiste en dividir el peso entre la estatura al cuadrado y el resultado nos indica en que parámetro se encuentra según la clasificación de la organización mundial de salud.

- **Toma de signos vitales**

Para evaluar las funciones corporales básicas se utilizó la técnica de toma de signos vitales, para ello se empleó el uso de un esfigmomanómetro manual y un estetoscopio para valorar la presión arterial presentada por milímetros de mercurio mmHg, un termómetro de mercurio para la temperatura medida en grados centígrados, un reloj para contabilizar las pulsaciones por minuto y la observación como instrumento primordial para considerar los movimientos torácicos causado por la respiración. La colaboración de las personas fue esencial para lograr la técnica y obtener datos precisos y tener una valoración adecuada.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

a. **Necesidades biopsicosociales de los adultos mayores con DMT2.**

Se realizó un estudio de tipo transeccional descriptivo, para determinar las necesidades biopsicosociales de los pacientes diabéticos en adultos mayores de Barrio San Isidro del municipio de Villa de Comaltitlán. Se hicieron visitas domiciliarias a personas igual o mayor a 65 años que padecen DMT2, la población fue 50% del sexo femenino y en el mismo porcentaje la población masculina, dichas visitas se realizaron entre el 09 al 21 junio 2022. Para la elaboración de este estudio se utilizó la valoración integral del modelo filosófico de enfermería postulado por la figura eminente Virginia Henderson el cual valora las 14 necesidades del ser humano, es decir, una valoración íntegra y total de la persona en estudio adaptándolo a un enfoque biológico, psicológico y social.

Biológico

De acuerdo con la valoración adaptada al modelo biopsicosocial las necesidades que se consideran biológicas son: respiración, comer y beber, eliminación de residuos corporales, movimiento, dormir y descansar, vestir y desvestirse, temperatura corporal y como anexo el tipo de tratamiento contra la DMT2.

Respetando el orden del modelo se considera como primera necesidad la oxigenación la cual se encuentra en parámetros normales de respiración y frecuencia cardíaca, la valoración de la presión arterial se obtuvo un promedio de 118 mmHg para la sistólica y 73 mmHg para la diastólica, concluyendo que mantienen una pequeña elevación en la sistólica de acuerdo con la edad.

En la valoración de la alimentación e hidratación se detectó que solo 10% de la población total mantiene una dieta adecuada y 90% no sigue regímenes básicos, reflejándose en los indicadores del índice de masa corporal, el cual indica que 36.6% tiene un IMC dentro del parámetro normal, el 43.3% tiene sobrepeso siendo el indicador más prevalente en la población, en obesidad grado 1 se localiza

16.6% y 3.3% con obesidad grado 2. El análisis de los datos permitió obtener la media (26.82), desviación estándar de 3.683 y N de 30.

En la necesidad de eliminación se encontró una alteración en el patrón fecal considerando que 60% de la población manifiesta estreñimiento y en el patrón urinario 66.6% presenta poliuria con características similares de color amarillo oscuro y con olor relativamente fuerte.

En la valoración del movimiento en dirección de mantener la postura corporal se detectó que 80% tiene la capacidad de deambular, sin embargo, se mantienen la mayor parte del día sin activación haciéndoles acreedores de una vida sedentaria, además la fuerza muscular se encuentra debilitada lo que los hace ser dependientes del cuidador para su traslado. Aunado a ello se refiere tener dolor persistente en diferentes partes del cuerpo, espalda 2%, piernas 16%, cabeza 23%, estomacal 10%, cuerpo general 6%, manos 6% y 13% no manifiesta malestar en relación al dolor.

En el patrón de dormir y descansar el tiempo promedio general es de 6.4 horas lo que representa un déficit en dicho dominio debido a que está por debajo del parámetro normal y adecuado, acorde a su edad, haciendo notorio un desequilibrio biológico, psicológico y social debido a que toman siestas de 1.6 horas en promedio general con lapsos cortos durante el día, creando un ambiente poco favorable.

En la valoración de la capacidad de vestirse y desvestirse se obtuvo que los 30 pacientes tienen poca capacidad de hacerlo, causada por la disminución de la fuerza muscular que presentan haciéndolos dependientes del cuidador primario.

En la necesidad de termorregulación se obtuvo que toda la población evaluada mantiene homeotermia acorde a la edad, siendo sensibles a los cambios climáticos que se presentan o perciben durante el día.

Al cuestionar sobre el tipo de tratamiento que siguen para el control de la diabetes el 100% respondió que sigue tratamientos farmacológicos hipoglucemiantes

dependiendo de su prescripción médica, añadiendo que manifestaron que sus cuidadores son los responsables de suministrarles su tratamiento porque ellos no tienen la facultad de hacerlo. Los tratamientos de tipo oral son glibenclamida compuesta con metformina ocupa el primer lugar al ser utilizada por el 36.6% de la población, glibenclamida 20%, insulina en diferentes dosis y aplicaciones el 33.3%, figura 4.

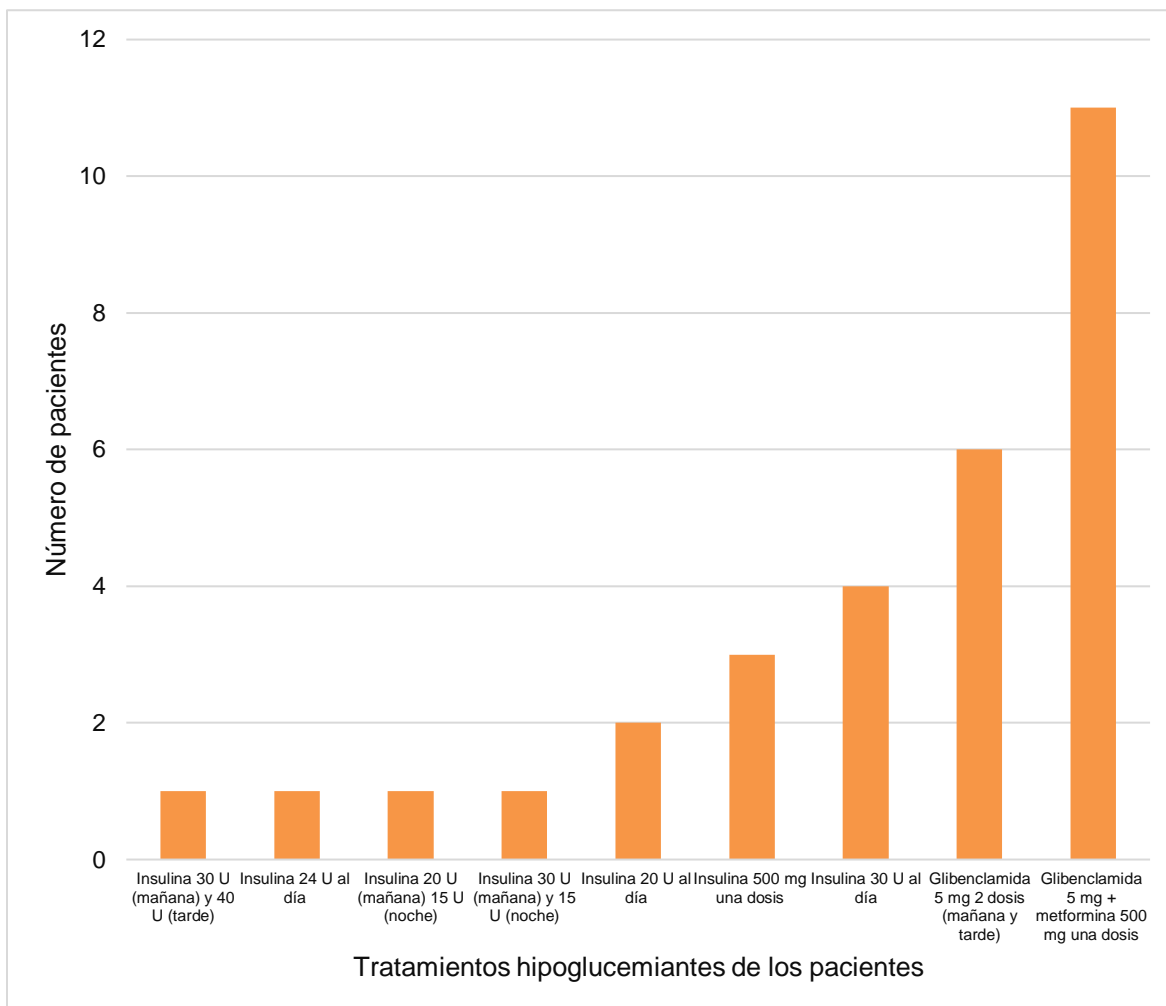


Figura 3. Tratamientos hipoglucemiantes de adultos mayores con DMT2.

En cuanto a los valores de glicemia arrojados de los pacientes en ayunas se obtuvo que se mantienen en un nivel de glucosa elevado, tabla 2.

Tabla 2. Valores de glicemia de los adultos mayores.

Rango de glicemia	Frecuencia	Porcentaje
82 – 158	14	47
158 – 234	9	30
234 – 310	6	20
310 - 386	1	3

Los resultados obtenidos en este rubro arrojaron que hay desequilibrio en las necesidades biológicas, coincidiendo con los resultados de Híjar (2017) quien determinó el orden de prioridad de las necesidades de los adultos mayores, en donde, dentro de las primeras cinco necesidades evaluadas se encuentran las fisiológicas, haciendo un énfasis en las de alimentación, eliminación, sueño, temperatura corporal y fuerza muscular que delimita la capacidad de realizar determinadas acciones.

Las necesidades biológicas se manifiestan de manera negativa debido a que la DMT2 es una patología crónico degenerativa que afecta el organismo de las personas que lo padecen de forma gradual y progresiva, creando una deficiencia fisiológica general por lo que las personas en etapa con esta enfermedad se ven sumamente comprometidas en cuanto a su salud y la capacidad de satisfacer sus necesidades de manera autónoma. Las necesidades identificadas dentro del aspecto biológico carecen de satisfacción, entonces es primordial tratar de que los pacientes tengan una atención o apoyo para poder alcanzar un nivel óptimo de vida.

Psicológico

Las necesidades que son representativas dentro del aspecto psicológico son las necesidades consecutivas al apartado anterior las cuales son: el patrón de la higiene, seguridad y la comunicación.

La evaluación de la necesidad de higiene se detectó que se satisface la necesidad debido a que 70% de los adultos se bañan una vez al día y son completamente dependientes del apoyo de su cuidador, pero se detecta que existe un desequilibrio en la limpieza dental debido a que 63% no tienen el hábito de lavarse los dientes, por lo tanto, refiere mala higiene y son propensos a contraer enfermedades bucales aunado a ello que el 96.6% no tienen dentadura completa.

En la necesidad de seguridad se evaluó el estado de ánimo, dando lugar a que las personas expresaran lo que realmente sentían al momento de la evaluación, los resultados arrojados fueron en distintos porcentajes comparando entre las personas de sexo masculino y femenino, detectamos que la felicidad predomina en las mujeres y la tristeza y aburrimiento se presentan con mayor frecuencia en los hombres, figura 4.

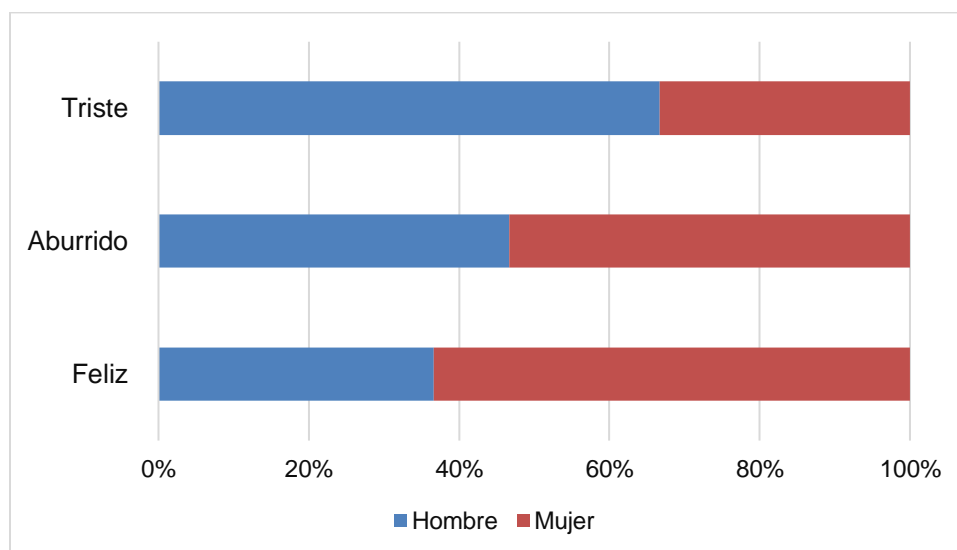


Figura 4. Estado de ánimo de los adultos mayores con DMT2.

En la necesidad de comunicación se detectó que 73% mantiene una comunicación poco afectiva dentro de su entorno familiar.

Las necesidades psicológicas que se han encontrado en este rubro se han comparado con los resultados de IMSS, (2019) quien identificó que los ancianos tienden a mostrar una baja autoestima y sentimientos negativos sobre sus capacidades debido a las limitaciones que se presentan, es entonces que en esta

investigación se sostiene y apoya esa postura debido a que los encuestados han referido tener un estado de ánimo poco favorable en cuanto a los hombres que presentan tristeza y las mujeres son más propensas a aburrirse.

Los cambios psicológicos que presenta un adulto mayor se relacionan directamente con la pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de capacidades también repercutidas con la degeneración causada por la DMT2, en esta etapa la familia es un pilar importante para brindar apoyo evitando que haya complicaciones desfavorables en cuanto a la salud.

Social

Las necesidades que se evaluaron dentro del aspecto social en las personas adultas mayores diabéticas fueron: creencias y valores, realización, participación y aprendizaje. En la necesidad de creencias y valores se detectó que la mayor parte de la población es perteneciente a la religión evangélica, pero en el mismo porcentaje no asisten a ninguna religión, en cuanto a las personas que pertenecen a una religión manifiestan que no asisten o participan en actividades religiosas debido a que requieren de un acompañante el cual no tiene disponibilidad, esto refieren entonces que hay alteración en esta necesidad, figura 5.

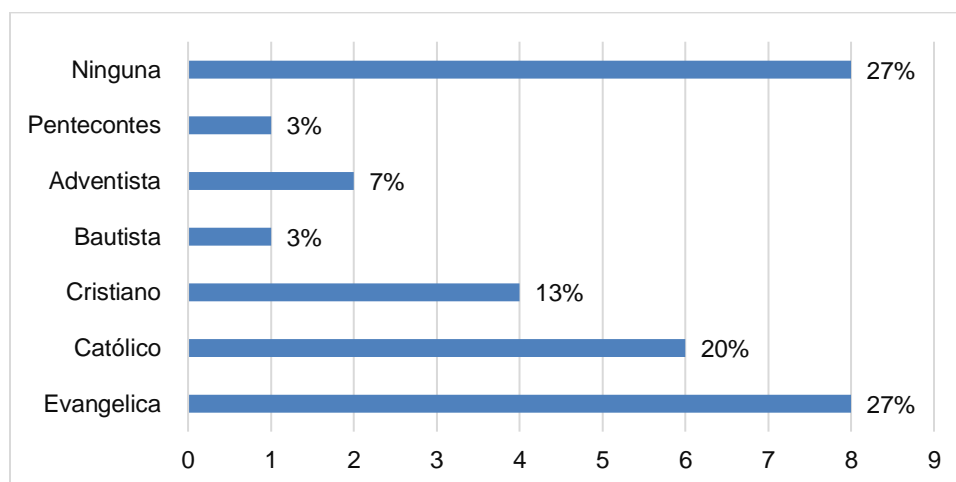


Figura 5. Religión a la que pertenecen los adultos mayores.

Con respecto a la necesidad de trabajar y realizarse se encontró que el 100% de los pacientes encuestados no trabaja debido a la edad y patología que presentan.

En la necesidad de jugar o participar en actividades se evaluaron diferentes aspectos, en relación con el estado civil 44% son casados, 46% son viudos y 10% son divorciados, por otro lado, el 30% no tiene interés o curiosidad por realizar actividades, el porcentaje restante realiza actividades de acuerdo a las posibilidades que posee, figura 6.

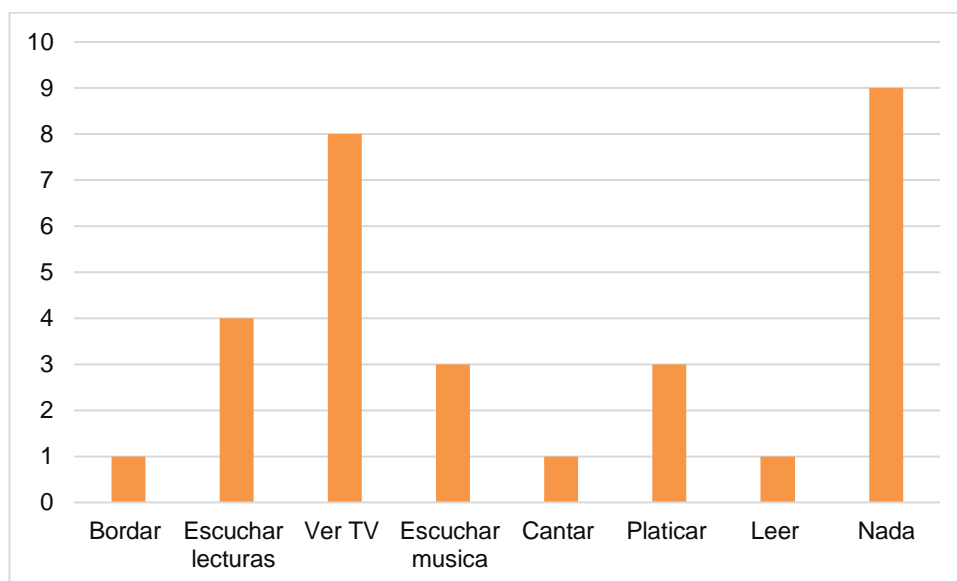


Figura 6. Actividades que realizan los adultos mayores.

En la necesidad de aprendizaje la población encuestada en su totalidad no refiere conocer sobre actividades que pueda realizar en sociedad, por lo tanto, tienen deficiencia en cuanto a la motivación y herramientas necesarias.

En cuanto a la ocupación del adulto mayor se ha comparado con los resultados de García-Sánchez, (2014) quién identificó que las principales ocupaciones de las personas adultas mayores son el comercio, agricultura u otro oficio, por lo que se infiere que la población estudiada en esta investigación es completamente distinta debido a que resultan ser personas que no desempeñan o realizan algún oficio, es decir, se encuentran en total desempleo, creando una vida sedentaria y poco productiva.

Las relaciones interpersonales son de vital importancia en la vida del ser humano, pero resultan ser primordiales en la etapa de la vejez donde se sufren cambios drásticos que cambian en su totalidad la manera en que el adulto mayor se desenvuelve en su entorno familiar y social.

b. Nivel de conocimiento de los cuidadores primarios sobre la DMT2.

Se aplicó el cuestionario de conocimiento de la diabetes 24 (CCD24), el cual fue aplicado a los cuidadores primarios de los pacientes diabéticos, con el fin de medir los conocimientos que tiene acerca de la DMT2. El número de cuestionados fue de un total de 30 personas, sin considerar edad, género, estado civil o parentesco con el paciente. Siendo punto fuerte el papel que desempeña hacia con el adulto mayor. El cuestionario se divide en tres rubros a considerar de la siguiente manera: conocimientos básicos de la enfermedad, control glucémico, prevención y detección de complicaciones. Los resultados obtenidos después de aplicar la evaluación se describen de a continuación.

Conocimientos básicos de la enfermedad

En esta categoría se evaluaron 10 ítems acerca del conocimiento que los cuidadores primarios tienen acerca de la enfermedad: a) la ingesta elevada de azúcar causa diabetes, b) la falta de insulina como causante de diabetes, c) participación de los riñones en la etiología de la diabetes, d) su reproducción de insulina, e) riesgo de heredar diabetes, f) la cura de la diabetes, g) clasificación principal de la enfermedad, h) producción de insulina causada por la ingesta de comidas, i) importancia de preparar y consumir las comidas, j) la dieta que deben llevar las personas diabéticos deben se comidas especiales. Las respuestas de acuerdo a los conocimientos que los cuidadores primarios tienen acerca de dicha patología, tabla 3.

Tabla 3. Conocimiento básico de los cuidadores primarios sobre la DMT2.

No.	Pregunta	Correcto		Incorrecto		No sabe	
		No.	%	No.	%	No.	%
1	El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes.	9	30	18	60	3	10
2	La causa común de la diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo.	19	63	5	17	6	20
3	La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina.	12	40	10	33	5	27
4	Los riñones producen la insulina.	20	67	3	10	7	23
5	Si soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabético.	22	73	3	10	5	17
6	Se puede curar la diabetes.	18	60	8	27	4	13
7	Hay dos tipos principales de diabetes (tipo 1 y 2).	23	77	1	3	6	20
8	Una reacción de insulina es causada por mucha comida.	15	50	10	33	5	17
9	La manera en que preparo mi comida es igual de importante que las comidas que como.	26	87	4	13	0	0
10	Una dieta diabética consiste principalmente de comidas especiales.	4	13	21	70	5	17

Los conocimientos básicos acerca de la diabetes mellitus tipo se reflejan de manera general en una categoría intermedia en cuanto a la identificación de las causas, la manera en que se puede padecer, los tipos que existen de diabetes mellitus.

Control glucémico

Los ítems que se incluyeron son: a) presencia de hiperglucemia en pacientes sin dieta y ejercicio, b) identificación de cifras de hiperglucemia, c) la utilidad de glucosuria para el control de la enfermedad, d) relación de realizar ejercicio y producción de insulina, e) control de la diabetes con medicamentos en

comparación con el ejercicio y la dieta, f) identificación de síntomas de hiperglucemia y de g) hipoglucemia, tabla 4.

Tabla 4. Conocimiento de los cuidadores primarios sobre el control glucémico.

No.	Pregunta	Correcto		Incorrecto		No sabe	
		No.	%	No.	%	No.	%
1	En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube.	26	87	0	0	4	13
2	Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto.	26	87	0	0	4	13
3	La mejor manera de checar la diabetes es haciendo prueba de orina.	14	47	13	43	3	10
4	El ejercicio regular aumentará la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes.	17	57	9	30	4	13
5	La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar la diabetes.	18	60	7	23	5	17
6	El temblar y sudar son señales de azúcar alta en la sangre.	6	20	24	80	0	0
7	El orinar seguido y la sed son señales de azúcar alta en sangre.	17	57	13	43	0	0

Los resultados obtenidos dan a conocer que los cuidadores primarios tienen poca habilidad para reconocer cuando hay signo de alarma en una persona que presenta hipoglucemia por lo que se refiere como una deficiencia alta de conocimientos y riesgo para el paciente al no ser atendidos de la manera correcta.

Prevención y detección de complicaciones

Se consideraron los siguientes ítems: a) la diabetes causa mala circulación, b) consideración del tiempo de cicatrización de heridas en personas diabéticas, c) cuidado al cortar uñas de los pies en pacientes diabéticos, d) el uso de yodo y

alcohol en pacientes con diabetes al limpiar una herida, e) la diabetes como causante perjudicial de los riñones, f) pérdida de sensibilidad en personas con diabetes, g) uso de calcetines y medias elásticas en diabéticos, tabla 5.

Tabla 5. Conocimiento de los cuidadores primarios acerca de la prevención y detección de complicaciones en los adultos mayores con DMT2.

No.	Pregunta	Correcto		Incorrecto		No sabe	
		No.	%	No.	%	No.	%
1	La diabetes frecuentemente causa mala circulación.	28	93	0	0	2	7
2	Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en cicatriz.	22	73	6	20	2	7
3	Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies.	26	87	4	13	0	0
4	Una persona con diabetes deberá limpiar una cortadura primero con yodo y alcohol.	10	33	15	50	5	17
5	La diabetes puede dañar los riñones.	28	93	2	7	0	0
6	La diabetes puede causar que no se sienta en manos, dedos y pies.	25	83	3	10	2	7
7	Los calcetines y las medias elásticas apretadas no son malos para los diabéticos.	6	20	18	60	6	20

La mayor parte de los cuidadores no tiene conocimiento de limpiar de manera correcta una herida en un paciente diabético y tampoco las medidas que debe considerar para no causar complicaciones, así también, no identifican medidas de seguridad.

López-López, Ortiz-Gress, y López-Carbajal en (2015) identificaron que las personas encuestadas no identifican signos de alarma de hipoglucemia coincidiendo con los resultados aquí presentados, dando como panorama general que hace falta promoción y educación a las personas acerca de la patología en estudio.

c. Cuidados integrales que se le deben brindar a los adultos mayores con DMT2 según las necesidades biopsicosociales.

Para poder enunciar los cuidados integrales que se deben brindar a un paciente geriátrico diabético se recolectó investigaciones bibliográficas y para poder identificarlas fácilmente se dividieron las necesidades en biológicas, psicológicas y sociales considerando el modelo de Virginia Henderson.

Respirar normalmente: valorar la frecuencia respiratoria del paciente, así también, la profundidad, ritmo y calidad de las respiraciones. A manera de evitar que haya complicaciones (Eckman, 2012).

Alimentación: asegurar que el anciano mantenga una posición adecuada para facilitar la masticación y deglución, disponer la mesa y bandeja de alimentos de una manera atractiva, suministrando los alimentos y bebidas preferidos a la temperatura más apetitosa identificando la dieta prescrita según corresponda (Bulechek, Butcher, Dochterman, y Wagner, 2014).

Eliminación fecal: en caso de existir estreñimiento se debe administrar una dieta rica en fibra (verduras, frutas con piel, cereales) evitando, en lo posible, productos astringentes (arroz, plátano, zanahoria), beber abundantes líquidos, realizar actividad física de acuerdo a la condición, así también, realizar un masaje abdominal en el sentido de las agujas del reloj (Queraltó-Dastis, 2005).

Movimiento: enseñar al paciente el uso de ayudas ambulatorias (muletas, silla de ruedas, bastón, entre otros) o ayudar al paciente a caminar utilizando el cuerpo del cuidador como muleta humana, identificando los métodos para evitar lesiones durante el traslado utilizando la mecánica corporal adecuada durante los movimientos. En cuanto el paciente está en posición sentada aplicar elementos almohadillados u otras mejoras para evitar riesgo de úlceras por presión (Bulechek, Butcher, Dochterman, y Wagner, 2014).

Dormir y descansar: proporcionar un masaje al paciente para fomentar su relajación emocional y mental o realizar un ejercicio de respiración profunda,

también se debe considerar la posibilidad de ayudar a realizar rituales antes de irse a la cama tales como vaciar la vejiga, rezar, leerle algún tema de interés, entre otras. Intente que la persona no tenga preocupaciones antes de dormir, desvíe la idea de conciliar el sueño a manera que no se obsesione con ello (Queraltó-Dastis, 2005).

Vestir y desvestirse: estar disponible para ayudar al vestir y desvestirse, informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar según preferencias personales, ayudando con los cordones, botones y cremalleras, manteniendo la intimidad del paciente (Bulechek, Butcher, Dochterman, y Wagner, 2014).

Temperatura corporal: observar periódicamente el color y temperatura de la piel, ajustar la temperatura ambiental y corporal con ropa o accesorios necesarios dependiendo de las necesidades del paciente (Bulechek, Butcher, Dochterman, y Wagner, 2014).

Higiene: proporcionar los objetos personales deseados (toallas, jabón, desodorante champú, loción) a fin de proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. Lavar el cabello, los pies y afeitar al paciente si es necesario e inspeccionar el estado de la piel. Después del baño aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca, proporcionando medidas de higiene como desodorante o perfume (Bulechek, Butcher, Dochterman, y Wagner, 2014).

Seguridad: realizar afirmaciones empáticas o de apoyo, abrazar o tocar a los pacientes para proporcionarles apoyo, también es oportuno animar al paciente que exprese los sentimientos y creencias propias de su persona, evitar exigir demasiado del funcionamiento cognitivo debido a la edad que tienen (Bulechek, Butcher, Dochterman, y Wagner, 2014).

Comunicación: para lograr tener una buena comunicación con el paciente elegir un lugar adecuado, permaneciendo sentado y a la altura del anciano para que

puedan verse bien y no haya complicación al hablar y escuchar. Escuchar atentamente generando un ambiente de confianza, buscar temas de conversaciones de hechos del pasado preferentemente, utilice el contacto físico y la sonrisa oportuna (Queraltó-Dastis, 2005).

Creencias y valores: proporcionar privacidad y momento de tranquilidad para actividades espirituales, concertar vistas con un consejo espiritual individual, rezar con el paciente o realizar algún ritual según sus creencias, fomentar el uso de recursos espirituales si así lo desea y estar abierto a las ideas y expresiones que el geriátrico manifieste (Bulechek, Butcher, Dochterman, y Wagner, 2014).

Realización/jugar o participar en actividades: comprobar las capacidades físicas, psicológicas y sociales para ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes a su edad y habilidades. Establecer dentro del entorno familiar actividades donde incluyan la participación de los adultos mayores, tratando de explicarles a los geriátricos la importancia de participar en las distintas actividades (Bulechek, Butcher, Dochterman, y Wagner, 2014).

Aprendizaje: hablar con el paciente orientando sobre tiempo, lugar y persona para evitar circunstancias relacionadas con la debilidad mental, estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente, utilizar ayudas de memoria: listas o notas de recordatorio y finalmente presentar información en dosis pequeñas y concretas pidiéndole al paciente que repita dicha información (Bulechek, Butcher, Dochterman, y Wagner, 2014).

CONCLUSIONES

Evaluar las necesidades de los adultos mayores con DMT2 permitió identificar las deficiencias biológicas, psicológicas y sociales que presentan en cuanto a su entorno, así también, mostrar el nivel de dependencia que tienen.

Los aspectos evaluados para determinar el nivel de conocimientos que los cuidadores primarios tienen en relación con la DMT2 resultaron de manera general en un estadio intermedio para identificar afecciones o complicaciones en los pacientes diabéticos.

Permitió reconocer que el adulto mayor desempeñe por sí solo sus actividades normales diarias.

RECOMENDACIONES

Promover la organización de grupos de terapia ocupacional en el Barrio San Isidro dirigidos a personas adultas mayores donde puedan desarrollar o desempeñar habilidades de acuerdo a sus capacidades, así también, tengan la posibilidad de convivir y compartir experiencias con personas de la misma edad.

Educar a los cuidadores principales acerca de los cuidados integrales que deben aplicarse a adultos mayores con DMT2 promueva la prevención de riesgos o complicaciones de su enfermedad.

Difundir a la población en general acerca de la importancia que tienen las personas adultas mayores dentro de la sociedad a fin de dar realce y evitar la discriminación de estas personas.

Proponer a las autoridades sanitarias del municipio para que los adultos mayores puedan tener monitorización de signos vitales, glucosa e índice de masa corporal.

GLOSARIO

Eufemismo: palabra o expresión utilizada para sustituir una palabra que socialmente se considera ofensiva o de mal gusto.

Glicogenólisis: es el procedimiento a través del cual se degrada el glucógeno en el organismo, con la finalidad de producir glucosa de una manera rápida.

Glucocorticoides: hormonas de acción contraria a la de la insulina en sangre.

Glucotoxicidad: efectos adversos que produce la hiperglicemia crónica sobre las estructuras celulares y sus funciones.

Hiperglucemia: cantidad de glucosa en la sangre más alta de lo normal.

In útero: término latín que significa literalmente “en el vientre”.

Lipotoxicidad: efecto adverso de un exceso de triglicéridos sobre la función o la viabilidad de células que no son adipocitos.

Longevidad: larga duración de la vida.

Metabolismo hidrocarbonado: procesos bioquímicos de formación, ruptura y conversión de los carbohidratos en los organismos vivos.

Neoplasias: tejido anormal que crece por proliferación celular más rápido de lo normal, y en general forman una masa de tejido independiente, que puede ser benigna o maligna.

Pandemias: enfermedad epidémica que afecta a diversos países y que ataca a casi todas las personas de una región geográfica.

Polidipsia: sed excesiva que se acompaña de la ingestión exagerada de líquidos, preferentemente agua, a causa de un problema orgánico.

Polifagia: sensación imperiosa e incontenible de hambre que se presenta en determinadas enfermedades.

Poliuria: excreción aumentada de orina, por sobre los valores normales para la edad de la persona.

Senescencia: inicio del proceso de envejecer.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

- Anzola-Pérez, E. (1993). *Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Botero-Mejía, B. E., y Pico-Merchán, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*, 11-24.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., y Wagner, C. M. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Barcelona, España: Elsevier.
- Cardona, D., Estrada, A., y Agudelo, H. (2006). Condiciones de salud de los adultos mayores de Medellín, 1990-1999. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.
- Casas-Oñate, M. (2011). Actuación de enfermería en pacientes con diabetes mellitus. Sescam.
- Castillos-Barcia, J. A. (2011). Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. *Fascículo de endocrinología*, 18-21.
- Corujo-Rodríguez, E., y Pérez-Hernández, D. D. (2013). Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. *Tratado de geriatría para residentes*, 47-58.
- Dirección Nacional Asistencial Social. (2015). Programa de atención comunitaria al adulto mayor. *Enfermería Comunitaria*.
- Eckman, M. (2012). *Enfermería Geriátrica*. México: Manual moderno.
- Enfermeras del Hospital Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla, Morelos. (1999). Necesidades del Paciente Diabético del Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 53-57.
- Fundación Jorge Queraltó. (2005). *Guía Para Personas Cuidadoras*. Grupo Aztecas Comunicación Integral, S.L.
- Fundación Jorge Queraltó. (2008). Guía para personas cuidadoras. *Guía para personas cuidadoras*. Fundación Jorge Queraltó.
- García - Sánchez, F. (2014). Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del municipio de toluca". Toluca, Toluca, México.
- García-Hernández, M., Torres-Egea, P. M., y Ballesteros-Pérez, E. (2006). *Enfermería geriátrica*. Barcelona: Masson.
- Gómez-Huelgas, R., Díez-Espino, J., Formiga, F., Lafita-Tejedor, J., Rodríguez-Mañas, L., González-Sarmiento, E., Sangrós, J. (2016). Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. *Elsevier*, 1-12.

- Guevara-Valtier, C., Santos-Flores, J., Paz-Morales, M., y Gutiérrez-Valverde, J. (2015). Cuidado de enfermería a un paciente con Diabetes Mellitus. Estudio de caso. *Revista de Enfermería Herediana*, 149-154.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Herrero-Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene. vol.10 No.2*.
- Híjar, L. C. (2017). Necesidades prioritarias de los adultos mayores según su percepción en un club del adulto mayor. Lima, Perú.
- IMSS. (2019). *Salud en línea*. Recuperado el 3 de octubre de 2019, de imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor.
- Instituto Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. (2016). *Resultados*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Instituto para la atención de los adultos mayores de la ciudad de México. (2019). *Instituto para la atención de los adultos mayores de la ciudad de México*. Recuperado el 03 de abril de 2021, de Instituto para la atención de los adultos mayores de la ciudad de México: <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>.
- Joyners Cuidadores. (23 de noviembre de 2017). *La vejez vista desde diferentes culturas*. Recuperado el 04 de abril de 2021, de la vejez vista desde diferentes culturas: <https://www.joyners.com/blog/vejez-diferentes-culturas/>
- Ledesma-Pérez, M. D. (2015). *Fundamentos de Enfermería*. México: Limusa.
- López-López, E., Ortiz-Gress, A. A., y López-Carbajal, M. J. (2015). Intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes y baja o nula escolaridad. Pachuca, Hidalgo, México: Investigación en Educación Médica.
- Martínez-Hernández, N. J., Hervert-Hernández, I., Soler-Huerta, E., Chávez-Valle, J. R., y Mota-Velasco, G. (2008). Apoyo social en la diabetes tipo 2. *Elsevier*, 379-431.
- Martínez-López, J. S. (2002). *Guía de apuntes básicos para el docente de la materia de técnicas de investigación*: <http://www.geiuma-oax.net/asesoriasam>.
- Minsalud. (2019). *Ministerio de salud y protección social*. Recuperado el 3 de abril de 2021, de Ministerio de salud y protección social: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>.
- Montanet-Avendaño, A., Bravo-Cruz, C. M., y Hernández-Elías, E. H. (2009). La calidad de vida en los adultos mayores. *Revistas De Ciencias Médicas de Pinar de Río*.
- Noda, J., Pérez, J., Malaga, G., y Meylin, A. (2008). Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *Revista Médica Herediana*.

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 03 de abril de 2021. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
- Pérez-B, F. (2009). La diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica Clínica Condes*, 565-571.
- Prieto-Ramos, O. (1999). Gerontología y geriatría. Breve resumen histórico. *Gerontología y geriatría*, 51-54.
- Queraltó-Dastis, J. (2005). *Guía para personas cuidadoras*. Grupo Aztecas Comunicación Integral, S.L.
- Ramírez-Girón, N., Cortés-Barragán, B., y Galicia-Aguilar, R. (2016). Continuidad del cuidado: adulto mayor con diabetes tipo 2 y su cuidador. *Enfermería Universitaria*.
- redGDPS. (28 de noviembre de 2018). *Guía de diabetes tipo 2 para clínicos*. <http://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/diagnostico-y-clasificacion-de-diabetes-20180907>. Recuperado el 05 de abril de 2021.
- Santos-Alves, E. C., Souza e Souza, L. P., Santos-Alves, W., Soares-Oliveira, M. K., Yoshie-Yoshitome, A., y Antar-Gamba, M. (2014). Condiciones de salud y funcionalidad de ancianos con Diabetes Mellitus tipo 2 en Atención Primaria. *Enfermería Global*.
- Soler-Sánchez, Y. M., Pérez-Rosabal, E., López-Sánchez, M. d., y Quezada-Rodríguez, D. (2016). Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Archivo Médico de Camagüey*.
- Soler-Sánchez, Y., Pérez Rosabal, E., López-Sánchez, M., y Quezada-Rodríguez, D. (2016). Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Archivo Médico de Camagüey*.
- Tabloski, P. A. (2010). *Enfermería gerontológica*. Madrid: Pearson.
- Tejada-De Rivero, D. A. (2013). El cuidado integral de la salud. *Nutrición y desarrollo*.
- Valdés-Ramos, E., Castillo-Oliva, Y., y Cedeño-Ramírez, Y. (2012). Intervención educativa en personas con diabetes mellitus en la provincia Granma. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Velasco-Guzmán, B. J., y Brena-Ramos, V. M. (25 de mayo de 2014). Diabetes Mellitus Tipo 2: epidemiología y emergencia en salud.