

**CONOCIMIENTO DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO
Y SU RELACIÓN CON EL AUTOCUIDADO PARA LA
PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO. AMBULATORIO
LAS AGUITAS. VALENCIA. ESTADO CARABOBO**

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCIÓN DE POST GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA DE ENFERMERIA EN
GERONTOLOGIA Y GERIATRICA

**CONOCIMIENTO DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO Y SU RELACIÓN
CON EL AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO.
AMBULATORIO LAS AGUITAS. VALENCIA. ESTADO CARABOBO**

Tutora (a): Dra. Amarilis Guerra
Autora: Licda. Ángela Muñoz

Valencia, Junio de 2012.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCIÓN DE POST GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA DE ENFERMERIA EN
GERONTOLOGIA Y GERIATRICA

**CONOCIMIENTO DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO Y SU RELACIÓN
CON EL AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO.
AMBULATORIO LAS AGUITAS. VALENCIA. ESTADO CARABOBO**

Autora: Licda. Ángela Muñoz

Trabajo de grado presentado ante
La Facultad de Ciencias de la
Salud de la UC, para optar al
título de Magíster en Enfermería
en Gerontología y Geriátría.

Valencia, Junio de 2012.

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

Yo Carmen Amarilis Guerra, en mi carácter de tutor por la presente hago constar que he leído el proyecto del Trabajo de grado presentado por la Lic. Ángela Muñoz titular de la C.I. 12.474.144, para optar al título de Magíster en Enfermería en Gerontología y Geriatría, correspondiente a la línea de Investigación Autocuidado Planificación, Organización y Funcionamiento de la Atención Primaria de la Salud del Adulto Mayor, cuyo título es: Conocimiento del Adulto Mayor diabético y su relación con el autocuidado para la prevención del pie diabético. Ambulatorio las Agüitas. Valencia. Estado Carabobo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Dra. Carmen Amarilis Guerra
C.I. 5588111

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCIÓN DE POST GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA DE ENFERMERIA EN
GERONTOLOGIA Y GERIATRICA

VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designado para la evaluación del trabajo de Grado titulado Conocimiento del Adulto Mayor diabético y su relación con el autocuidado para la prevención del pie diabético. Ambulatorio las Agüitas. Valencia. Estado Carabobo presentado por la Licda. Ángela Muñoz, para optar al título de Magíster en Enfermería en Gerontología y Geriátría, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como:

Nombre	Apellido	C.I.	Firma del Jurado
--------	----------	------	------------------

DEDICATORIA

Una vez culminada la realización de la presente investigación, quiero dedicar con todo mi cariño este trabajo a Dios padre Todopoderoso, quien me ha dado la vida y salud para seguir adelante en mi formación profesional.

Con todo mi cariño, dedico este esfuerzo a todos los adultos mayores de mi querido ambulatorio Las Agüitas, seres especiales que transitan por la vida, con el orgullo de la experiencia en el color de sus cabellos y la ternura de toda una vida en una espléndida sonrisa.

Ángela Muñoz

AGRADECIMIENTO

A Dios padre celestial, quien sembró en mi alma y corazón el deseo de ayudar y amar a mis semejantes y sobre todo de respetar y valorar al adulto mayor, desde la noble carrera de la enfermería.

A mis hijos Franklis y Maikel, príncipes de mi existencia a quienes les he robado tiempo para invertirlo en mis estudios y quienes me han apoyado y han suprimido muchas preguntas en un momento determinado, porque sabían que en ese momento estaba estudiando.

A mi madre Aída Barrios, quien no se encuentra físicamente en este mundo y quien me enseñó la importancia de culminar en la vida con las metas propuestas.

A la profesora Vicenta, por sus consejos y observaciones a lo largo de mi maestría.

A la Dra. Amarilis Guerra, máxima representante de la investigación en enfermería, por haberme apoyado en la realización de la presente investigación.

A los adultos mayores participantes de la investigación, por la paciencia, respeto y cariño demostrado en el desarrollo del proceso investigativo.

A las autoridades del Ambulatorio “Las Agüitas”, por haber permitido la realización del presente estudio acunada en esas instalaciones.

Muy especialmente a Cesar, mi esposo quien me ha apoyado a través de la paciencia, cariño y ha sido perseverante a mi lado durante todo el desarrollo de las metas que me propongo, muy especialmente en la realización de la presente tesis.

A todos y cada uno de los que me apoyaron de alguna u otra forma. Gracias.

Ángela Muñoz

ÍNDICE GENERAL

	Pág
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CUADROS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
1. Planteamiento del Problema.....	3
2. Objetivos.....	25
2.1 Objetivo General.....	25
2.2 Objetivos Específicos.....	25
3. Justificación de la Investigación.....	26
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL	
1. Antecedentes del Estudio.....	28
2. Bases Teóricas.....	34
2.1 Conocimiento del adulto mayor con pie diabético sobre el control de su salud.....	34
2.2 Autocuidado.....	38
2.3 Bases Legales.....	43
3. Definición de Términos.....	46
4. Sistemas de Hipótesis.....	47
4.1 Hipótesis General.....	47
4.2 Hipótesis Específicas.....	47
5. Sistema de Variable.....	48
6. Operacionalización de la Variable.....	49
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de Investigación.....	52
3.2 Población.....	52
3.3 Muestra.....	53
3.4 Técnicas para la recolección de datos.....	53
3.5 Validez del Instrumento.....	53
3.6 Confiabilidad del Instrumento.....	54
3.7 Procedimiento para la recolección de datos.....	54
CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1. Presentación de Resultados.....	55
2. Análisis e Interpretación de los resultados.....	84

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
1. Conclusiones	89
2. Recomendaciones.....	90
BIBLIOGRAFÍA.....	91
ANEXOS.....	94
A. Instrumento para recolectar información.....	95
B. Validez del Instrumento.....	96
C. Confiabilidad del Instrumento.....	99
D. Consentimiento Informado.....	100
E. Carta de autorización de la institución.....	101

INDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
1	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores diabéticos según Edad. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	57
2	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores diabéticos según Género. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	59
3	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según Nivel Académico. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	61
4	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según niveles de conocimiento en el factor consulta médica de control y de cumplimiento del factor régimen alimenticio. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	63
5	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según niveles de conocimiento en el factor consulta médica de control y de cumplimiento del factor actividad física. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	66
6	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según niveles de conocimiento en el factor asistencia a la consulta médica de control y de cumplimiento del factor cuidados de los pies. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	69
7	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según niveles de conocimiento en el factor medidas terapéuticas y de cumplimiento del factor régimen alimenticio. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	72
8	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según niveles de conocimiento en el factor medidas terapéuticas y de	

	cumplimiento del factor actividad física. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	75
9	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según niveles de conocimiento en el factor medidas terapéuticas y de cumplimiento del factor cuidados de los pies. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	78
10	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según niveles de conocimiento y de cumplimiento de las variables en estudio. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	81

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico		Pág.
1	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según Edad. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	58
2	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según Género. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	60
3	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según Nivel Académico. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	62
4	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según niveles de conocimiento en el factor asistencia a la consulta médica de control y de cumplimiento del Factor Régimen Alimenticio. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	65
5	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según Niveles de conocimiento en el Factor asistencia a la Consulta Médica de Control y de cumplimiento del Factor Actividad Física.. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	68
6	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según Niveles de conocimiento en el Factor asistencia a la Consulta Médica de Control y de cumplimiento del Factor cuidados de los pies. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	71
7	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según Niveles de conocimiento en el Factor Medidas Terapéuticas y de cumplimiento del Factor Régimen Alimenticio. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	74
8	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según	

	Niveles de conocimiento en el Factor Medidas Terapéuticas y de cumplimiento del Factor Actividad Física Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	77
9	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según Niveles de conocimiento en el Factor Medidas Terapéuticas y de cumplimiento del Factor Cuidados de los Pies. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	80
10	Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado. Distribución de los adultos mayores con pie diabético según Niveles de conocimiento y de cumplimiento de las variables en estudio. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.....	83

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCIÓN DE POST GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA DE ENFERMERIA EN
GERONTOLOGIA Y GERIATRICA

**CONOCIMIENTO DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO Y SU RELACION
CON EL AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO.
AMBULATORIO LAS AGUITAS. VALENCIA. ESTADO CARABOBO**

Autora: Lida. Ángela Muñoz

Tutora: Dra. Carmen Amarilis Guerra

Año: 2012

RESUMEN

La investigación está enmarcada en la línea de investigación Autocuidado Planificación, Organización y Funcionamiento de la Atención Primaria de la Salud del Adulto Mayor tuvo como objetivo general, determinar la relación entre el conocimiento que tienen los adultos mayores diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: asistencia a la consulta médica de control y medidas terapéuticas y su autocuidado en sus factores: régimen alimenticio, actividad física y cuidados de los pies, quienes acuden a la consulta de Diabetes del Ambulatorio Urbano Tipo II las Agüitas, Municipio Los Guayos, Estado Carabobo. Es una investigación no experimental, de tipo descriptivo correlacional, con una población de 100 adultos mayores entre 60 años y más, que asisten diariamente al Ambulatorio Urbano Tipo II de las Agüitas, Municipio Los Guayos, Estado Carabobo, siendo seleccionado como muestra el 50% de la misma. El instrumento para la recolección de los datos se construyó para medir las variables del estudio. La encuesta estuvo estructurada en tres partes, la primera referida a los datos sociodemográficos del adulto mayor, la segunda contentiva de 11 ítems referidos a la variable Conocimiento que tienen los adultos mayores diabéticos sobre el control de su salud y la tercera parte con los ítems referidos a la variable Autocuidado. Los resultados arrojaron que los adultos mayores diabéticos muestran un buen cumplimiento de su autocuidado, lo que representa una disminución de los riesgos de amputación en este grupo poblacional.

PALABRAS CLAVES: Conocimiento, Adultos Mayores, Diabético, Autocuidado, Prevención, Pie diabético.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se ha definido como un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y finalmente la muerte. Se ha definido por tanto, primero como una etapa de la vida y posteriormente como un proceso de deterioro por suma de déficit con el paso de los años.

En lo que respecta a las alteraciones funcionales, la Diabetes Mellitus es un tema trascendental en el adulto mayor, esta patología produce lesiones en el organismo siendo una de ellas la producida en los miembros inferiores, denominándose pie diabético, es de hacer notar que durante esta etapa disminuyen la capacidad de repuesta y de adaptación, lo que representa un riesgo para la integridad física del adulto mayor.

La presente investigación, está enmarcada dentro de la línea de investigación de la Maestría en Enfermería Gerontología y Geriatria: “Autocuidado Planificación, Organización y Funcionamiento de la Atención Primaria de la Salud del Adulto Mayor”. La cual tiene como objetivo general determinar la relación entre el conocimiento que tienen los adultos mayores diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: asistencia a la consulta médica de control, medidas terapéuticas y su autocuidado en sus factores: régimen alimenticio, actividad física y cuidados de los pies, de quienes acuden a la consulta de Diabetes del Ambulatorio Urbano Tipo II las Agüitas, Municipio Los Guayos, Estado Carabobo.

El contenido está estructurado en cinco (05) capítulos: Capítulo I, corresponde al planteamiento del problema, los objetivos del estudio y la justificación del mismo;

Capítulo II, donde se describe el marco teórico, los antecedentes del estudio, las bases teóricas, sistema de Variables y su Operacionalización y la definición de términos. Posteriormente en el Capítulo III, se reseña el marco metodológico; donde se incluye la población, muestra, procedimientos métodos para recolectar la información, técnicas de tabulación y análisis de los datos. En el Capítulo IV, se muestran los resultados con su respectivo análisis e interpretación, el Capítulo V contiene las conclusiones y recomendaciones, y finalmente la bibliografía y anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

En este capítulo se presentan el Planteamiento del Problema, el Objetivo General, los Objetivos Específicos y la Justificación del estudio.

1.1 Planteamiento del Problema

Cada etapa de la vida, posee características peculiares que son inherentes a cada una, existiendo de igual forma problemas que pueden asociarse al desarrollo de las mencionadas etapas, una de estas etapas es la vejez, por otra parte, esta a su vez se encuentra dividida en tres períodos, así como lo señala Koziar (1998) “Debido al aumento de la esperanza de vida, puede ser útil dividir la edad adulta en tres períodos: 65-74 años, son los ancianos-jóvenes, 75-84 años, los ancianos-medios, y 85 años y más los ancianos-viejos” (p.441). El envejecimiento es un fenómeno universal, es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales.

El envejecimiento es un proceso influenciado por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del ser humano, es un proceso irreversible que deteriora al organismo progresivamente, durante este cambio se producen cambios en los órganos y los tejidos, siendo necesario no asociarlo a problemas de salud. Es así como Melero (2002), expone que el envejecimiento es “el conjunto de cambios estructurales y graduales que producen con el paso del tiempo, que son debidos a enfermedad o accidente y que, eventualmente, conducen a la muerte” (p. 37), estos cambios van a ocurrir en forma automática, evidenciándose que durante este proceso se pueden percibir mayor o menor adaptación de cada persona a estos cambios que se producen.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996) hace declara que el envejecimiento es:

Un fenómeno universal, un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biopsicológicas que implican cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales, que pueden convertirse en factores de riesgo, cuando el adulto mayor presenta una patología que compromete sus órganos y sistema (p. 5).

En el proceso de envejecimiento el organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en los diversos órganos y tejidos que conlleva a la disminución funcional. En este sentido, la DM, es una de las condiciones crónicas que pueden afectar al envejeciente. La prevalencia de esta condición en la población mayor de 65 años, según Orestes (2010), fluctúa entre un 15% y un 20%. Por lo que es importante reconocer que el control glucémico y el manejo de la DM en esta población debe incluir un estimado de la capacidad funcional, fragilidad, expectativas de vida y morbilidades para lograr mediante el autocuidado la prevención de complicaciones, siendo una de ellas el pie diabético.

En Estados Unidos, de acuerdo a Orestes (2010), la población mayor de 65 años representa un 40% de la población con Diabetes y la prevalencia es mayor en los grupos étnicos de negros americanos e hispanos americanos con una severidad de complicaciones mayor en la raza negra. En Puerto Rico, la prevalencia de Diabetes en la población mayor de 65 años se ha estimado en 26% para el 2006.

La Diabetes Mellitus (DM) es un desorden metabólico caracterizado por hiperglucemia secundaria a la deficiencia relativa de insulina o de su acción resultante en el desarrollo de cambios degenerativos en los nervios periféricos, el ojo, el riñón y en complicaciones macro vascular que afectan el corazón, el cerebro y la circulación periférica. Para prevenir estas complicaciones es importante enfatizar la detección temprana y el control glucémico estricto en todos los individuos

independientemente de su edad.

La DM es una causa importante de morbilidad y mortalidad entre los adultos mayores ya que incrementa la discapacidad y la mortalidad prematura, es por lo que La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009), recomienda que todos los países deben desarrollar políticas y programas para la prevención y el control de esta costosa enfermedad, en lo que respecta al adulto mayor, debido a que es más vulnerable, es un problema de gran trascendencia sanitaria, justificada por su elevada prevalencia, las dificultades que pueden plantear el diagnóstico y el tratamiento y la frecuente presencia de complicaciones.

La OMS (2009), reportó una prevalencia de 170-194 millones de diabéticos en todo el mundo, cifra que se estima sobrepase los 300 millones en el año 2025; de ahí que se plantee que esta entidad puede llegar a cobrar más muertes que otras enfermedades del sistema Inmunológico ya que esta representa la cuarta causa de muerte en el mundo. La DM ocasiona alteraciones a nivel ocular, renal y en las arterias de las extremidades inferiores (pie). Por lo que las lesiones más complejas, se producen cuando se ha padecido la enfermedad por más de 15 a 20 años. (Orestes 2010).

Se estima, de acuerdo a Martínez y col. (2003) que de la población de amputados, cerca del 50% puede sufrir una segunda amputación de la extremidad contra lateral en un período de 2-5 años, afectando considerablemente la calidad de vida de estos pacientes, además de los cuantiosos gastos para los sistemas de salud. Esta situación puede agravarse ya que tras una amputación mayor menos del 50% de los amputados sobrevivirá en los siguientes 5 años. En EEUU para el año 2000 existían más de 20 millones de diabéticos, reportándose anualmente más de 80 000 amputaciones debidas a úlcera del pie diabético, A su vez, en España, para este mismo año, existen 2,5 millones de diabéticos (aproximadamente el 6% de la

población), más de 250 000 desarrollan úlcera del pie diabético y de éstos más de 10 000 sufren de amputaciones mayores. (Martínez y col. 2003).

En Cuba, según Heberprot (2009), la población diabética constituye aproximadamente del 3-6% del total y el número de personas tributarias a una amputación se estima en unos 1 500 - 3 000. Estos datos son los suficientemente elocuentes acerca de la magnitud del reto que representa la DM y el síndrome del pie diabético como la mayor complicación asociada, que representa una fuente significativa de morbilidad y mortalidad en pacientes diabéticos. No obstante a los tratamientos tradicionales y el manejo de ésta, un gran número de pacientes diabéticos no responden a estos, resultando, con frecuencia, susceptibles a ser amputados. Estas cifras muestran, además, una tendencia creciente por razones de edad. Así, entre los 20 y los 54 años la prevaecía se sitúa entre el 0,6% y el 9,7%, y alcanza el 20,8% en poblaciones por encima los 60 años.

La Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) de Lima Perú (2005), sostiene que las mujeres es el grupo que encabeza la lista de afectados con un total de 27 mil 453 casos registrados, mientras que los varones suman 14 mil 148 hombres.

Es así como, la DM y específicamente la del adulto en Venezuela (2009), se han convertido en un problema de salud pública por su magnitud; la prevaecía de sus complicaciones crónicas se ha incrementado debido al tiempo de sobrevivencia de estos pacientes que lo hacen 10 años menos que el resto de la población no diabética. Osuna (2009).

En Venezuela, se estiman aproximadamente de 800.000 a 1.000.000 de pacientes diabéticos. De estos pacientes el 15% desarrollan como complicación de la enfermedad del pie diabético (Orestes 2010). Al hablar de DM en el adulto mayor, se deben tener presente dos situaciones diferentes, la importancia desde el punto de vista

terapéutico y del control metabólico. Así mismo en Venezuela esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública y actualmente es un tema objeto de muchas investigaciones por el personal de salud.

Así mismo, Andrade (2009), expresa que las complicaciones de la DM más frecuentes en el estado Carabobo para el periodo comprendido entre los años 1996 y 1997, fue el pie diabético con el 24,4%, seguido de las complicaciones vasculares con el 8,8%, las complicaciones renales con el 4,1% y por último la cetoacidosis diabética con el 2%.

En Venezuela las complicaciones de pie diabético son la primera causa de amputación en miembros inferiores (se estiman 15 mil casos en el año), y la segunda causa de invalidez después de los accidentes. Martínez y col. (2003). La realidad es que se trata de un problema de gran trascendencia, por los sufrimientos y deterioro de la calidad de vida que produce en los pacientes; es un problema no resuelto o mal resuelto, que es posible mejorarlo extraordinariamente. La DM provoca en el anciano la disminución de la esperanza de vida, así como un mayor grado de dependencia.

La DM es una enfermedad crónica con complicaciones multiorgánica devastadora que se instaura a partir del descontrol metabólico. Dentro de las complicaciones más específicas nos encontramos el proceso la cicatrización y la inhabilidad para controlar infecciones locales. La integración de ambos en lesiones del pie diabético es lo que explica la alta tasa de amputaciones que entraña la diabetes. Independientemente de las alteraciones locales en la bioquímica de la herida, el estado pro-inflamatorio sistémico propio de la enfermedad de base, más el ingrediente amplificado por las citoquinas y toxinas de la herida acentúan aún más el desajuste metabólico y el fallo de la cicatrización. Existe además un déficit de factores de crecimiento, se produce senectud celular, atontamiento de las mismas, así como, desorganización de la matriz extracelular.

Como un fenómeno de interés, la DM y sus complicaciones han sido abordada en múltiples investigaciones de las más diversas zonas geográficas, especialmente el pie diabético en los pacientes mayores de 60 años, por constituir esta patología la causa mas frecuente de discapacidad en el adulto mayor. Sin embargo la complejidad de este tema impide que pueda ser investigada en todas sus aristas durante un solo estudio, es una enfermedad que requiere del autocuidado, por lo cual debe existir una educación terapéutica continua, para enseñar al paciente sobre la enfermedad, su autocuidado y la promoción de estilos de vida saludables y así prevenir complicaciones tales como el pie diabético.

Desde mediados de los años 80 del siglo XX, los profesionales de la salud han dirigido su atención al paradigma de la promoción de la salud, en este sentido Roca y col. (2009) mencionan que “La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su proceso de salud”(p.166). Como estrategia, la promoción de la salud está encaminada a proporcionar a los pueblos los medios necesarios y suficientes para mejorar su salud y ejercer actividades de auto cuidado.

De acuerdo a Núñez (2000), el autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. En enfermería el concepto de auto cuidado fue introducido por medio de la teoría de déficit de auto cuidado de Orem (1990), lo cual generó profundas alteraciones en la práctica profesional tradicional. Para esta autora, los humanos se distinguen de otros seres vivos por su capacidad de reflexión sobre sí mismos y sobre su ambiente, por simbolizar lo que experimentan, por usar creaciones simbólicas (palabras, comportamientos) en pensamientos, en comunicaciones y por hacer cosas que son

benéficas para sí mismos y para los otros.

De este modo, define el auto cuidado como la práctica de actividades que los individuos realizan personalmente a favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Además, evalúa la capacidad del paciente con relación al mantenimiento de la salud y la forma de enfrentar la enfermedad y sus secuelas. El profesional, haciendo uso de la educación, incrementa los comportamientos de auto cuidado y motiva al paciente a asumir su propia responsabilidad en este aspecto.

El tratamiento de la DM es complejo y sus resultados dependen, en gran medida, del nivel de comprensión, destreza y motivación con que el usuario afronta las exigencias terapéuticas. Es por ello que cuidado y educación deben constituir un binomio integral en la atención de los pacientes diabéticos. Es necesario que el personal de enfermería eduque esta población, para prevenir complicaciones en la diabetes: tales como el control de su salud, régimen alimentario, actividad física, cuidado de los pies, control de glucosa sanguínea y tratamiento farmacológico.

En el Ambulatorio las Agüitas del Estado Carabobo, contexto donde se realizó el estudio, se ha venido observando, durante los últimos 14 años, que el número de pacientes que asiste a la consulta de Diabetes del mencionado ambulatorio, ha aumentado considerablemente, ocupando esta patología actualmente el segundo lugar en morbilidad, generando un alto costo en el tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones.

En el área de consulta de diabetes, en lo que respecta al último trimestre del año 2010, se reportaron 345 historias de las cuales el 58% son de adultos mayores. En conversaciones con estos adultos mayores, manifestaron desconocimiento de su patología; lo cual puede llevar a complicaciones como amputaciones de los miembros inferiores entre otros. Por otra parte, existe el hecho de que el adulto mayor es responsable de mantener su salud y evitar las posibles complicaciones mediante la

puesta en práctica de todas las orientaciones dadas por el profesional de salud, ya que su salud y bienestar no depende exclusivamente de los trabajadores de la salud sino también del interés por el autocuidado.

Destacándose, lo referido al régimen alimentario, actividad física, control metabólico, cuidados de los pies. En este sentido, se realiza la presente investigación, considerándose que se requiere de actividades educativas para prevenir complicaciones de la DM. En base a lo planteado surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el nivel de conocimientos que poseen los adultos mayores diabéticos sobre su enfermedad, evolución, factores de riesgo y complicaciones?

¿Cómo es el cumplimiento del autocuidado de los adultos mayores diabéticos?

1.2 Objetivos del Estudio

1.2.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el conocimiento que tienen los adultos mayores diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: asistencia a la consulta médica de control y medidas terapéuticas y su autocuidado en sus factores: régimen alimenticio, actividad física y cuidados de los pies, quienes acuden a la consulta de Diabetes del Ambulatorio Urbano Tipo II las Agüitas, Municipio Los Guayos, Estado Carabobo.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la relación entre el conocimiento que tienen los adultos mayores Diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: asistencia a la consulta médica

de control, medidas terapéuticas y el autocuidado en su factor régimen alimenticio.

- Determinar la relación entre el conocimiento que tienen los adultos mayores Diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: asistencia a la consulta médica de control, medidas terapéuticas y el autocuidado en su factor actividad física.
- Determinar la relación entre el conocimiento que tienen los adultos mayores Diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: asistencia a la consulta médica, medidas terapéuticas y el autocuidado en su factor cuidados de los pies.

1.3 Justificación de la Investigación

La DM, es un problema de salud pública a nivel mundial y específicamente a nivel nacional, por lo que es necesario realizar intensos esfuerzos para reducir la morbilidad y mortalidad con esta enfermedad.

Es una de las enfermedades crónicas mas frecuentes en nuestro país. Este incremento se ha observado de manera constante durante las últimas décadas; desde un 22° lugar que ocupaba la diabetes entre las causas de muertes en Venezuela para el año de 1995, ha logrado ascender hasta un 7mo lugar en los últimos años. Puede generar muchas complicaciones; sin embargo si se controla enfermedad estas complicaciones pueden minimizarse e incluso eliminarse mediante el tratamiento adecuado. La meta principal en el tratamiento, es mantener los niveles de azúcar en la sangre (glicemia) lo más cerca del rango normal como sea posible (70 a 110 mg/dl) durante la mayor cantidad de tiempo.

En primer lugar, se considera que esta investigación, tiene relevancia social porque servirá a la población en estudio para disminuir las complicaciones agudas y crónicas y fortalecer el autocuidado, a través de la educación brindada, por el profesional de enfermería, por otra parte a medida que este adulto mayor sea educado

acerca de la DM, mejorará sus estilos de vida y se evitará la inversión económica que representan los medicamentos curativos en caso de complicaciones. Por otra parte, en la actualidad existen incrementos en los precios de algunos tratamientos curativos, en respuesta a esta situación algunos adultos mayores prefieren comprometerse con sus actividades de autocuidado, aumentando sus conocimientos y adquiriendo habilidades necesarias para mejorar sus condiciones física y actividad de la vida diaria.

Igualmente, se considera que beneficiará al profesional de enfermería que labora en el ambulatorio en estudio, quien se considera como el profesional cuidador, y debe conocer que está pasando con los adultos mayores con DM y actuar como corresponde en el papel de promotores de la salud de los usuarios; aplicando estrategias educativas para toda la población y especialmente a esta parte de la población y así mejorar la calidad de la asistencia, adaptar sus enseñanzas a las características de cada paciente y a las circunstancias propias de cada uno, lo que individualizará la prestación de cuidados del adulto mayor. Asimismo, esta investigación beneficiará a la institución donde se desarrollará por el planteamiento de alternativas para minimizar la problemática antes mencionada.

Desde el punto de vista práctico, la investigación contribuirá ampliar la función docente del Magíster en Geriátría y Gerontología; ya que el enseñar no es una actividad exclusiva de los educadores, sino también del profesional de enfermería quien posee entre las funciones las docentes, lo que repercutirá sin duda alguna en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor con DM. Además, beneficiará la formación de pre grado y del Magíster en Gerontología y Geriátría en cuanto al conocimiento y autocuidado que debe lograr desarrollar en el adulto mayor con DM. Finalmente, cabe destacar que los resultados servirán de aporte como antecedentes a futuras investigaciones en el campo de la salud y la docencia que traten de la DM y sus complicaciones.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan los Antecedentes de la Investigación, las Bases Teóricas que soportan el estudio de las variables y su operacionalización, el Sistema de Hipótesis y la Definición de Términos.

2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación los antecedentes permiten valorar como se ha tratado el problema, quienes han sido sus participantes, cómo se han recolectado los datos, que aspecto han sido investigados; así como información relacionada con la variable: conocimiento al adulto mayor con pie Diabético sobre su control de salud y su autocuidado.

2.1.2 Antecedentes Internacionales

Farfán (2007), realizó una investigación titulada “Efectividad de un programa educativo basado en el auto cuidado de miembros inferiores para la prevención de complicaciones en pacientes diabéticos - Hospital de Sullana”, de Perú, tuvo como objetivo central el establecer si un programa educativo basado en el auto cuidado de miembros inferiores seria efectivo para la prevención de complicaciones en pacientes diabéticos del mencionado centro de salud. La investigación fue cuantitativa, del tipo Aplicativa Explicativa, con diseño Cuasi experimental. Para el desarrollo del estudio se tomó como muestra los pacientes Diabéticos que acuden de consulta externa de cirugía y los pacientes diabéticos que ingresan por el Servicio de Emergencia .del Hospital de Sullana. El promedio de pacientes diabéticos que acuden al mismo, según el reporte estadístico (2005) indica que es de 200 pacientes

al año, y el número de pacientes con riesgos de amputación es de cuatro al mes. Los resultados permitieron establecer como conclusiones que la gran mayoría de los pacientes presentan Grado 2 (ulceras profundas con compromiso de tendones y en escasa proporción grado 3 (ulcera con compromiso óseo); mientras que en el Grupo Experimental los pacientes presentan Grado 2 (ulceras profundas con compromiso de tendones) y en menor frecuencia grado 4 (gangrena localizada). Los pacientes diabéticos que no llevaron el programa educativo presentan alto grado de lesión y complicaciones; mientras que los el grupo experimental aumentaron su nivel de conocimiento sobre evitar complicaciones de la diabetes. El programa educativo aplicado al grupo experimental permitió comprobar su efectividad en el objetivo de lograr un mejor auto cuidado de miembros inferiores para evitar complicaciones en el pie diabético. La prueba “T” de student dio como valor $p = 0.326$, el mismo que al ser menor que el nivel “alfa” (0.005), permite concluir que si hay diferencias significativas entre los grupos de control y experimental ,demostrándose así la efectividad del programa educativo para pacientes con diabetes II. Los pacientes del grupo control, si bien no mejoraron su nivel de lesiones, al aplicárseles el programa de manera alternada respondieron con una mejor predisposición a mejorar su auto cuidado y evitar las complicaciones en sus miembros inferiores. La ausencia de un programa de educación en prevención para evitar las complicaciones en la diabetes II nos indica su urgente elaboración y aplicación, necesaria a fin de que los pacientes sujetos de la investigación no interrumpan el tratamiento, por ello consideramos y proponemos debería instalarse dicho programa definitivamente en cada centro hospitalario.

Este antecedente guarda relación con la investigación en virtud de que concuerda con la variable autocuidado, ya que se desarrolló un programa educativo basado en este aspecto y así evitar complicaciones en miembros inferiores, lo que representa un aporte de importancia en la presente investigación.

2.1.3 Antecedentes Nacionales

Orestes (2010), intervino en un estudio, cuyo título fue Pie diabético en adultos mayores. Consulta de angiología. Clínica Popular Simón Bolívar. Septiembre 2008-2009. Fue un estudio descriptivo y prospectivo de 61 pacientes Adultos Mayores, con diagnóstico de Pie Diabético, atendidos en el servicio de Angiología de la Clínica Popular “Simón Bolívar” de Mariara, República Bolivariana de Venezuela, en el periodo de septiembre 2008 a septiembre del 2009, con el objetivo de realizar una caracterización clínica del Pie Diabético en estos pacientes. La muestra se tomó de forma continua, describiéndose variables relacionadas con estos enfermos, que se resumieron mediante números absolutos y porcentajes. El grupo de edad de 60-69 años fue el más frecuente con 62,29%, predominando el sexo masculino (54,09%) y la raza blanca (49,18%). El 100% presentó Diabetes Mellitus tipo II y el 42,62% la padecían por más de 20 años. La dislipemia en el 63,93% fue el antecedente más asociado a la aparición del pie diabético. El 93,44% presentó ulceraciones menores de 30cm² y el 34,42% la padecían por menos de 30 días. Predominó el Wagner 3 en el 37,70% y el pie diabético neuroinfeccioso en 83,60%. La piel seca en los pies se encontró en el 98,36%.

Este estudio se relaciona con la investigación desarrollada, ya que en la misma se pretende elaborar estrategias que permitan reducir la incidencia de factores de riesgo asociados a la aparición de la úlcera del pie diabético en los adultos mayores de la población venezolana, lo cual permitió observar cuales fueron las estrategias señaladas.

Otra investigación fue la realizada por Romero y col. (2004) cuyo título fue Morbilidad de pacientes con pie diabético ingresados al servicio de cirugía del Hospital Universitario “Dr. Alfredo Van Grieken”. Coro, Estado Falcón. Enero. 2.000 - Diciembre 2004. Tuvo como *objetivo* presentar la morbilidad de pacientes con pie diabético que ingresan al servicio de Cirugía del Hospital Alfredo Van Grieken” durante un período de 5 años, enero 2.000 a diciembre 2004. Realizaron un

estudio clínico de tipo retrospectivo, descriptivo y longitudinal, el cual comprendía la revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en el servicio de cirugía. Se revisó edad, sexo, procedencia, diagnóstico de ingreso, y de egreso, estancia hospitalaria, tipo de lesión y su localización, evolución y conducta. En los resultados se aprecia que se revisaron 83 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de pie diabético, obteniendo así 47 pacientes (56,6%) correspondientes al sexo masculino en relación a 36 (43,33%) del sexo femenino. El grupo etáreo predominante fue de 61 a 67 años (27,7%). La totalidad de los pacientes que ingresaron al servicio de cirugía presentaban el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; presentando un período de estancia comprendido entre los 0 y los 15 días de hospitalización. Según la clasificación de Wagner, el tipo predominante fue el grado IV, con 45 pacientes (54,2%) y el pie que presenta mayor afectación es el pie izquierdo con 46 casos (55,4%). Los sitios más frecuentes de localización de las úlceras lo constituyeron los dedos con 54,2%, seguidos de la región plantar y pierna con un 12,04%. El tratamiento quirúrgico que se realizó fue: amputación mayor 46,96%, amputación menor 33,72% y en 9,62% se realizó limpieza quirúrgica.

En lo que se refiere a la relación de esta investigación, la misma estriba en que se busca la morbilidad de pacientes con pie diabético ingresados al servicio de cirugía, denotándose de esta forma, que existe un número importante de pacientes diabéticos que debido a lesiones en los pies ameritan ser hospitalizados.

En este marco de ideas, Velásquez (2003), realizó una investigación titulada evaluación de los factores que intervienen en la aparición de pie de riesgo en los pacientes diabéticos ingresados en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Agosto – Diciembre 2002. El objetivo fue evaluar los factores que influyen en la aparición de pie de riesgo en los pacientes diabéticos ingresados en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el periodo Agosto – Diciembre del 2002. Fue una investigación descriptiva, no experimental, de campo, transversal, retrospectiva, con una muestra constituida por 50 pacientes diabéticos que estuvieron

hospitalizados en los Servicios de Medicina A y B de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” entre Agosto y Diciembre del 2002, a quienes se les aplicó una encuesta, se le realizó un examen físico de miembros inferiores y se les determinó hemoglobina glicosilada fracción A1c mediante la técnica de cromatografía líquida de alta presión y perfil lipídico. El análisis de los datos se realizó mediante frecuencias absolutas y relativas, y chi cuadrado con un valor de $p < 0,05$. Resultados: el 94 por ciento de los pacientes presentaban pie de riesgo, la mayoría de los pacientes tenían una edad mayor de 60 años (48 por ciento) observándose una relación significativa entre la edad y el pie de riesgo ($p < 0,01$), 52 por ciento de los pacientes eran del sexo masculino, pero no se encontró relación entre el sexo y el pie de riesgo ($p > 0,05$), se encontró relación entre la diabetes mellitus tipo 2 y el pie de riesgo ($p < 0,01$), no hubo relación entre el tiempo de evolución de la diabetes mellitus y el pie de riesgo ($p > 0,05$), hubo asociación entre hemoglobina glicosilada A1c alterada y el pie de riesgo ($p < 0,01$), hubo asociación entre la presencia de cambios cutáneos y osteomusculares y el pie de riesgo ($p < 0,01$), así como con la enfermedad vascular periférica ($p < 0,01$) y la polineuropatía ($p < 0,01$), se encontró relación entre tabaquismo ($p < 0,05$) y dislipidemia ($p < 0,01$) y pie de riesgo, pero no hubo relación entre la hipertensión arterial sistémica y el pie de riesgo ($p > 0,05$). En conclusión, los factores más importantes que intervinieron en la aparición de pie de riesgo fueron: edad avanzada, DM tipo 2, mal control metabólico, presencia de cambios cutáneos y osteomusculares, enfermedad vascular periférica y polineuropatía, tabaquismo y dislipidemia.

Este estudio guarda relación con el presente estudio porque tratan la misma temática sobre la Diabetes.

En este marco de ideas, Rodríguez, (2002), realizó un estudio titulado Nivel de conocimientos y conducta en relación al cuidado del pie de los pacientes diabéticos tipo 2 que acudieron a la consulta de medicina interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Enero – Julio 2002. El objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento

y la conducta que el paciente diabético realiza para el cuidado de sus pies. Se estudió una población de 80 pacientes portadores de DM, tipo 2, de ambos sexos que acudieron a la consulta externa de Medicina Interna del H.U.A.L. en el período comprendido entre Enero-Julio 2002. Se evaluaron las siguientes variables: Independientes: Conocimiento y Conducta. Intervinientes: Edad, Sexo, Estrato Social y Tiempo de Evolución de la DM. Instrumento y Técnica de Recolección de Datos: Se aplicó una encuesta donde se evaluó el nivel de conocimiento y conducta sobre la DM y sus complicaciones a nivel de pie. En los resultados se aprecia que la muestra quedo constituida por 80 pacientes con un promedio de edad de $58,7 \pm 8,0$ años, predominando el grupo de edad de 51-70 años con un porcentaje de 51,25% en su mayoría del sexo masculino. El nivel socioeconómico predominante fue el nivel III y IV. En relación al nivel de conocimiento, conducta y edad esta no influyó de manera directa. En relación al nivel de conocimiento y conducta con el estrato socioeconómico, los niveles bajos presentaron un nivel de conocimiento alto con un nivel de conducta bajo, y los de nivel conocimiento alto presentaron un nivel de conducta deficiente. En relación al nivel de conocimiento y conducta con la presencia de lesión en pie de pacientes diabéticos se observó un porcentaje de 50%. En el nivel de conocimiento predomino el nivel medio con un nivel de conducta deficiente. En conclusión la falta de Educación Diabetológica conlleva a que el paciente no realice un cuidado adecuado de su enfermedad, la cual produce un incremento significativo de complicaciones crónicas, que repercuten a largo plazo para la vida de estos pacientes afectados.

La relación de este estudio con la presente investigación, se basa en que se abordan temas como el conocimiento en el paciente diabético y el cuidado que ameritan este tipo de pacientes para evitar lesiones en el pie, esto aportó información útil en el desarrollo de la investigación.

2. BASES TEÓRICAS

Las bases teóricas, se refieren a los postulados, principios y paradigmas que dan sustento al tema de investigación, acorde a los planteamientos y posturas tomadas por el investigador; en este caso, se localizan, comentan y analizan aquellos involucrados en el tema bajo estudio.

2.1 Conocimiento del adulto mayor Diabético sobre el control de su salud

El ser humano como ente social necesita manejar información o tener conocimientos sobre diversos aspectos de la vida, el conocimiento es definido por Méndez (1999) como "... modelo más o menos organizado de concebir el mundo y de dotarlo de ciertas características que resultan en primera instancia de la experiencia personal"(p.1) es así como el hombre adquiere conocimiento sobre diferentes tópicos de la vida, tales como la salud o la forma de cómo mantenerla.

En este sentido se podría decir que el conocimiento comprende la cantidad de información, conceptos e ideas que un individuo posee y que conforman la estructura cognitiva del mismo; y que para que se produzca es necesario que exista el razonamiento y la lógica, infiriéndose que para el adulto mayor el conocimiento sobre la DM, es imprescindible para comprender la importancia del autocuidado. En lo que respecta a la DM, es un problema de gran importancia sociosanitaria y una enfermedad en la que se pueden obtener resultados muy favorables con un tratamiento adecuado. Sin embargo existe un gran índice de desaprovechamiento de los recursos terapéuticos existentes en la actualidad, debido en gran parte a la debilidad en la información de los pacientes y familiares.

La DM, según Contreras y col. (1999), señalan que "es una enfermedad crónica debido a una producción inadecuada de insulina que elaboran los Islotes de

Langerhans del páncreas, a un defecto de la acción o mala utilización de la hormona en los tejidos orgánicos, o a ambas circunstancias, con lo que resulta un metabolismo inadecuado de los carbohidratos de carbono, las grasas y las proteínas cuyo principal indicador es la hiperglucemia” (p.12).

En lo que respecta a la clasificación de la DM: Hay diferentes tipos de diabetes que difieren en su causa, curso clínico y tratamiento y las principales son: Tipo 1: Diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID), Tipo 2: Diabetes mellitus no insulino-dependiente (DMNID), Diabetes mellitus relacionada con otros padecimientos, DM gestacional. (DMG). Alrededor del 5% de los pacientes con diabetes padecen la variante 1, o sea la diabetes insulino-dependiente, en esta forma el páncreas produce cantidades inadecuadas de insulina y como consecuencia se necesitan inyecciones de insulina para controlar la glucemia. El restante 90 a 95% de los pacientes con diabetes tienen el tipo 2 o (DMNID), este tipo se debe a disminución de la sensibilidad celular a la insulina, y reducción de la producción de insulina. (Estado de resistencia a la insulina). Contreras y col. (1997).

Consulta médica de control

La atención al paciente diabético está basada en gran medida en la educación sobre aspectos muy concretos a la enfermedad, al respecto, López (1994), refiere “el cumplimiento del tratamiento y los cuidados deben ser aprendidos. La puesta en práctica de los conocimientos adquiridos constituyen las bases del éxito”; (p. 98), lo que permite inferir que se debe educar al diabético para realizar la valoración del estado de la piel y de los pies.

En este sentido, Contreras y col. (1999) explican que:

Diabetes tipo I (DMID): Esta variante representa el 10-20% de los casos de diabetes idiopáticas. Diabetes Mellitus no insulino-dependiente (DMNID),

llamada también diabetes de tipo II, constituye el 80-90% de los casos. La DJIM se manifiesta por hiperglicemia moderada y se trasmite como rasgo autosómico dominante. Con una cifra aproximada de 144.00 fallecimientos anuales, la DM es la séptima causa de muerte en EEUU,. Se calcula que entre 2 y 3% de la población adulta padece DM y hay un porcentaje similar de diabéticos sin diagnosticar. (p.370)

Con respecto a la Diabetes tipo 2, el Consenso Nacional de Diabetes tipo 2 (2003), señala que “Es una enfermedad metabólica asociada a un alto riesgo cardiovascular, existe una predisposición genética que es activada por factores ambientales modificables, como lo son la obesidad, y el sedentarismo, que conllevan inicialmente al desarrollo del síndrome metabólico.(p.39). Siendo pues necesario realizar el diagnóstico en forma pertinente a fin de iniciar el tratamiento en forma oportuna y de esta manera evitar las posibles complicaciones que se pudieran presentar.

En lo que respecta a la importancia de la consulta médica de control, menciona Velásquez. (2003), que:

El objetivo no es tratar la glucemia, ni tan siquiera la diabetes. El objetivo es tratar al paciente. Tanto las complicaciones de la enfermedad como el impacto que sobre ellas tiene el tratamiento se presentan en un marco temporal. Si ese marco temporal excede a la expectativa de vida de un paciente concreto, o su impacto sobre la situación funcional se presenta como irrelevante habrá que considerar la posibilidad de tratar de manera muy conservadora el riesgo de complicación y el tratamiento a seguir. (p.437)

La lucha contra las enfermedades como la DM, se inicia en cuanto la población adquiere mayores índices de educación e información en los aspectos de conocer y adoptar un régimen alimenticio adecuado y autocuidado; pero esto no se logra si no se promueve una actitud positiva hacia el adulto mayor y en los que padecen su DM, para que lo pongan en práctica.

Control periódico

Las personas, a lo largo de su vida, deben asistir al médico a realizarse los controles correspondientes a su edad y necesidades. Al llegar a una edad avanzada estas visitas deben aumentar su periodicidad, de acuerdo a Sepúlveda (2006) “El sistema inmunológico de un adulto mayor es más débil y este es más proclive a contraer determinadas enfermedades o sufrir algunas insuficiencias en su organismo”. La calidad de vida del adulto mayor mejora cuando estos se someten a controles médicos periódicos. De esta manera es posible controlar las posibles enfermedades o dolencias, así como ofrecer educación para la salud, para que puedan realizar determinadas actividades físicas o en cuanto a la nutrición.

Además, no solamente se realiza una evaluación física y orgánica del adulto mayor, sino que se hace un estudio a nivel psicológico y social, para asegurarse de que la salud mental también esté en buen estado, siendo tan importante como la salud física. Es necesario que el adulto mayor acepte que tarde o temprano se va a enfrentar a determinadas dolencias, males o insuficiencias características de la edad y es bueno estar controlado por un profesional para saber de antemano cómo actuar en cada caso.

Medidas Terapéuticas

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (2009), expresa que las Medidas Terapéuticas son las medidas no farmacológicas y las farmacológicas. En cuanto a las medidas no farmacológicas estas son: En primer lugar la dieta, cantidad de calorías adecuada a su actividad física, edad, sexo y relación peso-talla, composición adaptada según su peso, presencia de factores de riesgo (HTA, dislipemia) o complicaciones macro y microvasculares. Por otro lado la actividad física, considerar los riesgos que puede suponer sobre las complicaciones (cardiopatía isquémica, neuropatía, retinopatía, hipoglucemias, etc.), se debe recomendar realizar ejercicio de intensidad

ligera o moderada (dependiendo de la situación basal de cada persona) durante al menos 30 minutos, y como mínimo 3 días a la semana.

Tratamiento farmacológico

En lo atinente a las medidas farmacológicas, expone el Instituto Hondureño de Seguridad Social (2009), que si se logra el control de la glucemia se consigue una reducción significativa de las complicaciones microvasculares, no existiendo diferencias entre los pacientes tratados con Sulfonilureas ([antidiabéticos orales](#)) e insulina. Sin embargo en el grupo de pacientes obesos tratados con Metformina y sometidos a un control glucémico intensivo, se consiguió además una reducción significativa del riesgo de infarto de miocardio, por lo que éste es el tratamiento de elección en este grupo de pacientes.

Con respecto a este tema Velásquez. (2003), explican que “Deben utilizarse esquemas terapéuticos sencillos y con el menor riesgo para el paciente” (p.437). En la actualidad se dispone de cinco grupos de antidiabéticos orales que poseen los siguientes mecanismos de acción: Estimulan la secreción de insulina: Sulfonilureas y secretagogos de acción rápida. Disminuyen la resistencia a la insulina: Biguanidas y Glitazonas. Reducen o enlentecen la absorción de la glucosa: Inhibidores de las glucosidasas. Incretinas. Medicamentos de reciente aprobación, mejoran la respuesta insulínica y disminuyen el glucagon después de la ingesta de alimento. Entre ellas sitagliptina, vildagliptina y saxagliptina.

2.2 El Autocuidado en los Adultos Mayores Diabéticos

El auto cuidado consiste en que las personas adquieren la responsabilidad para manejar por si mismas su salud conjuntamente, cuando ello sea necesario, con profesionales de la salud, así como con otros profesionales y fuentes de información. El auto cuidado se debería aplicar tanto al individuo sano como al enfermo. Para el

individuo sano es importante para mantener su estado de salud. Para el individuo enfermo lo es para recuperar o mejorar su estado de salud. El autocuidado debería ser un hábito de toda la vida y también un aspecto de la cultura.

Según Leitón y col. (2003), autocuidado es “Asumir voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud” (p.37). Comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona dirigidas a mantener y mejorar la salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad; y las decisiones de utilizar los sistemas de apoyo formales e informales de salud.

Orem, en su teoría de enfermería sobre el autocuidado lo define como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. Afirma, que el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales. Para Leitón y col. (2003), las concepciones mencionadas sobre el autocuidado deben tomar en cuenta las necesidades y potencialidades de hombres y mujeres. Se deben considerar las siguientes actividades:

- Promoción y fomento de la salud a través de la práctica de estilos de vida saludables.
- Prevención de la enfermedad a través del control y disminución de factores de riesgo
- Mantenimiento, recuperación de la salud y rehabilitación.
- También incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico y otras, que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y mujer como ser holístico.

Régimen Alimenticio

Toda [persona](#) con DM debe llevar a cabo cambios terapéuticos en el estilo de vida, cuando se trata de un adulto mayor, este aspecto cobra mayor relevancia. Esto

incluye una nutrición saludable con reducción de [consumo](#) de grasa y aumento del consumo de pescado y vegetales, reducción del exceso de peso, incremento en la actividad física hasta lograr al menos 30 minutos de actividad moderada 3 a 5 veces por semanas, racionalización del consumo de alcohol y abolición del tabaquismo.

Toda persona con diabetes debe procurar alcanzar y mantener las metas adecuadas de [presión](#) arterial de lípidos y de glucemia. La nutrición balanceada es un elemento indispensable para el tratamiento de la DM. Un buen régimen alimentario se caracteriza por ser individual. En este sentido Echeverría (1999), menciona que “Una dieta adecuada para los ancianos debe atender los problemas y necesidades personales de cada individuo” (p.15), en lo que respecta a la DM, esto debe ser prioritario.

En este marco de ideas, Echeverría (1999), expone que “La dieta diabética óptima para el anciano es aquella apropiada para el estilo de vida del paciente y que permita el mejor control metabólico” (p.265). El plan básico de cuatro alimentos al día constituye un punto de partida, si alguno de los alimentos no son de los preferidos para la persona o bien tolerado conviene hacer intercambios. Para darle mayor atractivo y sabor a los platillos han de prepararse en forma atractiva, con frecuencia apetecen los platillos preparados en caldo y la carne cortada en trozos pequeños.

Las necesidades energéticas disminuyen y las necesidades de otros nutrimentos es igual al de un adulto joven por lo tanto se escogerán alimentos de alta calidad nutritiva, siempre que sea posible. No es posible controlar los [signos](#), síntomas, y consecuencias de la enfermedad sin un régimen alimenticio adecuado. En líneas generales este debe tener las siguientes características:

- a) Debe ser personalizada y adaptada a las condiciones de vida del paciente.

b) Debe ser fraccionado: los alimentos se distribuyen en cinco a seis porciones diarias de las siguientes formas: Desayuno, merienda, almuerzo, merienda, cena y merienda nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche).

Cumplimiento del Plan alimentario

La alimentación es básica en cada persona, cuando se trata del AM, se hace necesario, resaltar este aspecto. Según López, (2006) “Los alimentos proveen los nutrientes esenciales y no esenciales necesarios para el crecimiento y mantenimiento de los sistemas corporales, así como para solventar las necesidades metabólicas diarias” (p.48)

Por otra parte, Echeverría (1999), es necesario que el Plan alimentario del AM posea las siguientes características: Los factores más importantes son que los alimentos deben ser: Nutritivos, Sabrosos, y agradables de comer. Las personas con aparatos digestivos sensibles deben ingerir algo caliente en cada comida. Con frecuencia se aceptan 4 a 5 comidas ligeras que 3 sustanciales. Que contenga todos los grupos de alimentos. Si se eliminan alimentos como la leche éstos deben sustituirse por alternativas que proporcionen los nutrimentos importantes que contienen estos alimentos. Si la masticación es un problema, se sugieren alimentos suaves nutritivos y modificar la textura de los alimentos moliéndolos o picándolos.

Los requerimientos de energía suelen disminuir, los requerimientos recomendados para este grupo de personas son: 2300 Kcal para los varones y 1800 para las mujeres, se ha observado que ingesta menores de 1500 kcal por día presentan problemas de salud. El consumo de proteína se relaciona con la necesidad de energía, la recomendación de proteína continúa siendo de 0.8 -1 g/k/d. En el anciano enfermo las necesidades de proteína aumentan en relación con la gravedad y duración de las enfermedades. Por otra parte, la sensibilidad a la insulina mejora si se reduce el uso de azúcares simples y aumenta la cantidad de carbohidratos complejos y de fibra soluble en la dieta. La disminución de la grasa total de la dieta, en especial de las

grasas saturadas y del colesterol, puede disminuir los valores sanguíneos de lípidos y el riesgo subsecuente de cardiopatía. La cantidad recomendada de grasa de la dieta es de no más del 30 % del total de kilocalorías diarias. (Echeverría 1999)

Actividad física

El término actividad física de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) se refiere a una gama amplia de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular y rítmica, jardinería, tareas domésticas pesadas y baile. El ejercicio también es un tipo de actividad física, y se refiere a movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud física.

Permanecer físicamente activo es la clave para la buena salud al llegar a una edad avanzada y esto es posible manteniendo una actividad física moderada y funcional, donde el adulto mayor puede compensar los cambios físicos propios de la edad. No obstante, aproximadamente sólo una de cada cuatro personas mayores hacen ejercicios con regularidad. Así mismo, se ha demostrado en investigaciones, que el 40% de los adultos mayores tienen limitaciones de movilidad en el desempeño de actividades de vida diaria, y aproximadamente el 17% precisan ayuda en la actividad de la vida diaria (AVD). En los mayores de 85 años el riesgo de discapacidad es del 50%. Un funcionamiento físico óptimo es importante en los adultos mayores porque según Leitón y col.(2003)

Prolonga la independencia física y psicosocial del adulto mayor, retarda el envejecimiento y/o lo hace más saludable, es un apoyo clave contra las enfermedades o ayuda a recuperarse de ellas, mejora y mantiene la independencia física y psicosocial del adulto mayor, potencia la capacidad de autocuidado y permite el control sobre las AVD, aumenta la sensación general de bienestar, con seguridad y confianza en sí mismo.

Ejercicio Físico

El ejercicio es importante para todas las edades, e incluso para personas con enfermedades crónicas. El programa se planifica individualmente basado en los intereses de la persona, sus capacidades y sus limitaciones. El ejercicio regular brinda beneficios tanto físicos como psicosociales. Por el contrario, la vida sedentaria es una muerte parcial que conduce a la abolición de la función, acelera el envejecimiento y constituye factor de riesgo de morbilidad y mortalidad.

El ejercicio físico debe ser exigente, pero sin caer en lo excesivo, y debe ayudar a mantener rangos articulares y posturas fisiológicas. Según Sepúlveda (2006), se puede recomendar la natación, (aunque sólo sea jugar en el agua), el baile, las caminatas. Este ejercicio debe durar por lo menos 30 minutos seguidos y practicarse por lo menos tres veces a la semana, si es bien tolerado. Realizarlo por períodos menores generalmente es insuficiente para la mantención de las capacidades funcionales, pero siempre es preferible hacer poco ejercicio a no hacer ninguno. Para la caminata debe considerarse el uso de ropa adecuada, acorde con la temperatura ambiente, un calzado cómodo.

Cuidado de los pies

Para el paciente diabético, el pie es una de las zonas más vulnerables de su organismo, debido a que en las personas de edad avanzada la circulación en sus extremidades disminuye considerablemente. Este problema se agrava por la disminución de la sensibilidad y porque existe una mayor predisposición a enfermedades de origen infeccioso, lo cual trae como consecuencia complicaciones específicas como: retinopatías, vasculopatías, nefropatías entre otros.

Cualquier problema local como uñas encarnadas, callos infectados, traumatismos, infecciones de la piel o el calzado apretado, puede dañar el tejido y hacerlo propicio para que aparezca y se extienda una infección. Estas infecciones van acompañadas de inflamaciones dolorosas que van aumentando progresivamente, aumentando los requerimientos locales de oxígeno. Debido a la mala irrigación sanguínea esta oxigenación no se realiza apropiadamente y se acentúan las lesiones del pie, de tal gravedad que pueden terminar en la amputación del miembro. Esto se conoce como pie diabético.

Bajo la denominación de pie diabético, menciona Llacer (2008), que “Se engloba una serie de alteraciones de causas neurológicas, vasculares, infecciosas y, en algunas ocasiones, óseas que a pesar de obedecer a mecanismos patogénicos variados, se originan sobre una condición básica común: el pie del diabético”(p.1). Esas lesiones se consideran la causa más frecuente de hospitalización en estos enfermos; además, son responsables de un mayor número de días-cama, si se comparan con otras complicaciones de la DM.

Por otra parte explica Llacer (2008), “El riesgo de amputaciones mayores en el diabético supera 15 veces el de la población general; también se comunica que el 50 % de las amputaciones no traumáticas ocurren en los diabéticos”(p.1). Desde el punto de vista económico, los problemas de los pies en la diabetes ocasionan gastos muy elevados. Sólo la prevención es capaz de disminuir estos problemas, en particular las amputaciones. Para lograr estos objetivos deben desarrollarse programas de detección precoz de los factores de riesgo de pie diabético, así como de su corrección, siempre que sea posible.

En lo que respecta al pie diabético, la educación para la salud es un instrumento básico para el cuidado y tratamiento de la DM. Al respecto, López (1994), refiere que

“Los cuidados que precisan atención domiciliaria deben alcanzar un nivel de auto cuidado lo más avanzado posible”. (p. 99). De aquí la importancia de la educación al paciente con DM con una forma de preparación para el auto cuidado. En este sentido, la información sobre DM, debe comenzar desde el momento del diagnóstico, y continúa durante toda la vida del diabético; en el programa debe incluirse a los miembros de la familia.

Higiene de los pies

El pie puede también ser un indicador del estado general de salud. Hay enfermedades sistemáticas como diabetes, artrosis, artritis, que se manifiestan en esta región anatómica. Para el mantenimiento de la movilidad y deambulación se requiere de un pie sano y funcional. Muchos problemas comunes de los pies resultan de algunas enfermedades, los años de desgaste, el calzado inapropiado o el mal cuidado de las uñas entre otros. Su repercusión funcional es con frecuencia importante, y es uno de los problemas que más comúnmente pasan desapercibidos en la consulta médica.

En este sentido, los diabéticos corren un alto riesgo de desarrollar úlceras de los pies. En los diabéticos, aun una herida muy pequeña puede transformarse en una úlcera muy seria, y finalmente el daño a los tejidos hondos en el pie puede requerir amputación del pie o la pierna. Como resultado, es muy importante prevenir las úlceras y las complicaciones que pueden seguir, siendo para ello de vital importancia la higiene.

En este sentido Castro (2002), menciona que “La higiene perfecta de los pies no consiste en baños muy frecuentes ni prolongados en el día, sino lavarlos preferentemente cada noche, tras las actividades cotidianas”. Entre las recomendaciones se destaca que:

Uso de agua templada, aconsejándose probar la temperatura del agua antes del baño; jabón neutro y de acción antiséptica, durante unos cinco minutos. Procurar un buen secado de los pies, sobre todo entre los espacios interdigitales, para evitar la humedad residual, con una toalla suave y limpia, sin frotar la piel. Usar preparados a base de lanolina o vaselina para ablandar la piel seca. Aplicar polvo de talco o sustancias antisépticas si existe excesiva sudoración.

Cuidado de las uñas

El cuidado de los pies y uñas en los pacientes diabéticos, es fundamental ya que la circulación de la sangre en esa zona puede disminuir como consecuencia de la edad y de una diabetes mal controlada, así como el corte inadecuado de las uñas puede desencadenar lesiones con consecuencias incluso mortales. Castro (2002), expone que se hace necesario educar al paciente diabético sobre el cuidado de las uñas, donde se debe resaltar que:

Las uñas mal cortadas, demasiado largas o cortas pueden causar heridas y ser causa de infecciones.

El corte de las uñas, debe ser después del lavado de los pies porque así estarán más blandas y serán más fáciles de cortar.

Para el corte, es necesario usar tijera de punta roma. Se deben cortar horizontalmente, dejando los bordes rectos.

No se deberán cortar demasiado cortas ya que luego, al crecer, pueden hundir en el dedo.

Es necesario la visita al podólogo con frecuencia.

2.3 Bases Legales

Esta investigación tiene su fundamentación legal en la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada el 15 de Diciembre de 1999, la cual recoge disposiciones legales a favor del anciano en el Capítulo V de los derechos Sociales y de la familias, en el artículo 80 se garantiza a los anciano y anciana el pleno ejercicio de sus derechos atención integral a los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida. Por otra parte se le garantiza el derecho a un trabajo acorde a aquellas y aquellos que manifiesten su deseo y estén en capacidad para ellos.

Otras disposiciones constitucionales le garantizan a atención a la salud (art. 83) y el derecho al trabajo (art. 87) al expones que toda persona tiene derecho al trabajo y el deber de trabajar que le proporcione una existencia digna y decorosa. Artículo 75.- El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y el respeto recíproco entre sus integrantes. El Estado garantizará protección a la madre, al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia.

Artículo 80.- El Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, está obligado a respetar su dignidad humana, su autonomía y les garantizará atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida. Las pensiones y jubilaciones otorgadas mediante el sistema de seguridad social no podrán ser inferiores al salario mínimo urbano. A los ancianos y ancianas se les garantizará el derecho a un trabajo acorde a aquellos y aquellas que manifiesten su deseo y estén en capacidad para ello.

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y

desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 85. El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Artículo 86. Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en

contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección.

Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Cetoacidosis. Es una complicación de la diabetes mellitus causada por la acumulación de subproductos del metabolismo de las grasas (cetonas)

Glucemia. Es la medida de concentración de glucosa en el plasma sanguíneo.

Hiper glucemia. Significa cantidad excesiva de glucosa en la sangre. Es el hallazgo básico en todos los tipos de DM, cuando no está controlada o en sus inicios.

Insulina. Es una hormona polipeptídica formada por 51 aminoácidos. Es segregada por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, en forma de

precursor inactivo (proinsulina), el cual pasa al aparato de Golgi, donde se modifica, eliminando una parte y uniendo los dos fragmentos restantes mediante puentes disulfuro.

Perfil lipídico. Es un grupo de pruebas solicitadas generalmente de forma conjunta para determinar el riesgo de enfermedad cardiaca coronaria.

Sulfonilureas. Son medicamentos pertenecientes a al clase de antidiabéticos orales indicados en el tratamiento de la DM, actúan aumentando la liberación de insulina de las células beta del páncreas.

4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis General

Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que tienen los adultos mayores Diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: asistencia a la consulta médica de control y medidas terapéuticas y su autocuidado en sus factores: régimen alimenticio, actividad física y cuidados de los pies, quienes acuden a la consulta de Diabetes del Ambulatorio Urbano Tipo II las Agüitas, Municipio Los Guayos, Estado Carabobo.

4.2 Hipótesis Específicas

1. Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que tienen los adultos mayores Diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: asistencia a la consulta médica de control, medidas terapéuticas y el autocuidado en su factor régimen alimenticio.

2. Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que tienen los adultos mayores Diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: asistencia a la consulta médica de control, medidas terapéuticas y el autocuidado en su factor actividad física.

3. Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que tienen los adultos mayores Diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: asistencia a la consulta médica, medidas terapéuticas y el autocuidado en su factor cuidados de los pies.

5. SISTEMA DE VARIABLES

Variable I: Conocimiento que tienen los adultos mayores Diabéticos sobre el control de su salud. Se refiere a la información dada por el adulto mayor Diabético en sus factores: Consulta médica de control y medidas terapéuticas.

Variable II: Autocuidado. Se refiere a las acciones de autocuidados que realiza el adulto mayor Diabético para mantener su salud y tratar su enfermedad relacionado con: Régimen alimenticio, Actividad Física, y cuidado de los pies.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable I: Conocimiento que tienen los adultos mayores Diabéticos sobre el control de su salud. Se refiere a la información dada por el adulto mayor diabético sobre el control de su salud, en sus factores: Consulta médica de control y Medidas terapéuticas.

FACTOR	INDICADOR	SUBINDICADOR	ITEMS
Consulta Médica de Control: se refiere a la información dada por el adulto mayor diabético relacionado con la consulta médica de control periódica.	Consulta Médica de Control periódica: se refiere al nivel de información del adulto mayor Diabético sobre las razones para acudir a la consulta y la frecuencia a la misma.	Razones para acudir a la consulta médica periódica. - Prescripción de las Medidas terapéuticas. - Recibir educación para el cuidado Frecuencia -Asistencia consulta médica -Control médico -Frecuencia de visitas al médico	 1 2 3 4 5
Medidas Terapéuticas de la Diabetes Mellitus: Se refiere a la información dada por el adulto mayor diabético relacionado con el tratamiento farmacológico.	Tratamiento farmacológico: se refiere al nivel de información que posee el adulto mayor Diabético sobre los tipos, horarios e importancia de su cumplimiento del tratamiento.	Tratamiento Farmacológico: -Tratamiento indicado -Insulina. -Pastillas para Diabetes -Razón de consumo de tratamiento -Cumplimiento del tratamiento -Horario de cumplimiento	 6 7 8 9 10 11

Variable II: Autocuidado se refiere a las acciones que realiza el adulto mayor Diabético para mantener su salud y tratar su enfermedad relacionado con: Régimen alimenticio, Actividad Física y cuidados de los pies.

FACTOR	INDICADOR	SUBINDICADOR	ITEMS
<p>Régimen Alimenticio: se refiere al cumplimiento por parte del adulto mayor Diabético del plan alimentario indicado por el nutricionista.</p>	<p>Cumplimiento del Plan Alimentario: se refiere a las respuestas dadas por el adulto mayor Diabético en relación a la adherencia de la dieta, referida al consumo de alimentos y frecuencia del consumo de los mismos.</p>	<p>Consumo de Alimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Carbohidratos simples. -Proteínas. - Azúcar -Vegetales verdes -Meriendas -Régimen alimentario 	<p>12,13 14,15 16 17 18 19,20</p>
<p>Actividad Física: se refiere al cumplimiento por parte del adulto mayor Diabético del plan de ejercicio.</p>	<p>Ejercicio Físico: se refiere a las respuestas dadas por el adulto mayor Diabético en relación a la realización del ejercicio referido al tipo y frecuencia de los mismos.</p>	<p>Tipo de Ejercicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Caminatas, Bicicleta, Bailar Natación, Trotar. -Frecuencia -Duración 	<p>21 22 23</p>

FACTOR	INDICADOR	SUBINDICADOR	ITEMS
<p>Cuidado de los pies: Se refiere al cuidado que el adulto mayor Diabético ofrece a los pies en cuanto al higiene de los pies y cuidado de las uñas.</p>	<p>Higiene de los pies: Se refiere al nivel de información del adulto mayor Diabético sobre el significado del cuidado de los pies.</p>	<p>Significado del Cuidado de los pies</p> <ul style="list-style-type: none"> -Significado de cuidado de los pies -Prácticas caseras -Frecuencia revisión de los pies -Cremas Hidratantes -Información sobre cuidado de los pies 	<p>24</p> <p>25</p> <p>26</p> <p>27</p> <p>28</p>
	<p>Cuidado de las uñas: Se refiere a las respuestas dadas por el adulto mayor Diabético en relación a la forma de cortarse las uñas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Forma de cortarse las uñas 	<p>29</p>

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se señala tipo de estudio, la población, muestra, y técnicas para la recolección de la información, y las técnicas de tabulación y análisis de los datos.

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con los objetivos de la investigación el tipo de estudio es No Experimental, ya que no se manipularon en forma intencional las variables, sobre este Hernández (2003) expresa que en ellos se trata de “Observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos” (p.267).

3.2 POBLACIÓN

La población, estuvo conformada por 100 adultos mayores que asistieron a la consulta de diabetes del Ambulatorio las Agüitas del Estado Carabobo durante el último trimestre del año 2010. Sobre este aspecto Balestrini (1998), menciona que “Una población puede estar referido a cualquier conjunto de elementos de los cuáles pretendemos indagar y conocer sus características, o una de ellas, y para el cuál serán validas las conclusiones obtenidas en la investigación” (p. 122).

3.3 MUESTRA

La muestra estuvo conformada por el 50% de la población, es decir por 50 adultos mayores que asisten a la consulta de Diabetes del Ambulatorio las Agüitas del Estado Carabobo durante el año 2010. El muestreo fue Aleatorio Simple, es decir al azar. Según Balestrini (1998), expresa que “La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población” (p.141), el criterio de inclusión es que fuesen Adulto Mayor, que

asistieran a la consulta de diabetes durante el último trimestre del año 2010, que quisieran participar y que fueran portadores de diabetes.

3.4 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Como técnicas de recolección de datos, se utilizó la encuesta. Sobre este tema Hurtado y col. (1999), dicen que “las técnicas de recolección de datos están comprendidas por una serie de procedimientos y actividades que permiten obtener la información necesaria para dar respuestas”, en este caso la encuesta, la cual según Vélez es la “Manera estructurada y sistemática de recolectar datos en forma directa, donde actúan el entrevistador y entrevistado” (p.240).

El instrumento utilizado estuvo estructurado en tres partes, la primera referida a los datos sociodemográficos del adulto mayor, la segunda contentiva de 11 ítems referidos a la variable Conocimiento que tienen los adultos mayores Diabéticos sobre el control de su salud y la tercera parte con los ítems referidos a la variable Autocuidado.

3.5 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validación del instrumento se sometió a la revisión de tres (03) expertos a través de una consulta y por recomendaciones del tutor del estudio. Para esto se entregaron a cada especialista una carpeta contentiva del formato de validación, los objetivos del estudio, la operacionalización de las variables y el formato del instrumento, para realizar las revisiones pertinentes. La validez según Polit y col. (2000), es el “Grado en el que un instrumento cuantifica o mide lo que se pretende cuantificar” (p.357).

3.6 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para lograr obtener la confiabilidad, posterior a la elaboración del instrumento y una vez validado por los expertos, se sometió a la confiabilidad a través de la aplicación de la prueba piloto. La prueba piloto permitió obtener un valor numérico en donde la proximidad a 1 (uno) es considerado más válido. En este sentido Pérez (2002), expresa que:

La prueba piloto se aplica a una porción de la población distinta a la muestra del estudio. La muestra seleccionada para aplicar la prueba piloto debe cumplir con las siguientes condiciones: (a) Debe ser pequeña, menos de diez (10) sujetos. (b) Poseer las mismas características o presentar mucha similitud con la muestra o población original. (c) Debe ser desechada después de aplicarle los instrumentos. (d) Antes de la aplicación, los instrumentos deben ser validados por juicios de expertos. (p.70)

Es así como para aplicar la prueba piloto, se seleccionó un grupo de adultos mayores, que reúnen las mismas características de la muestra, ellos acuden a la consulta de diabetes del ambulatorio Rosa María de Lira, y a ellos se les aplicó el instrumento. Los resultados de la prueba Alfa Cronbach fue 0.83 para la Variable I y 0.86 para la Variable II, aceptable.

3.7 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Previa a la recolección de la información se implementaron algunos requerimientos básicos, relacionados con la investigación, los recursos y el tiempo gestionado para tal fin. En tal sentido, a continuación se señala el procedimiento:

Envío de comunicaciones a las autoridades del ambulatorio Rosa María de Lira, para la aplicación de la prueba piloto.

Interactuar con los adultos mayores del ambulatorio Rosa María de Lira para informarles de la actividad y de esta forma, solicitar su colaboración y el consentimiento informado.

Envío de comunicación a las autoridades del Ambulatorio las Agüitas del Estado Carabobo, solicitando la aplicación del instrumento.

Entrevistas con los adultos mayores del Ambulatorio las Agüitas del Estado Carabobo, para la aplicación del instrumento.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación. Para tal propósito los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 19.0 para ambiente Windows. La información socio demográfica se presenta en tablas de frecuencias, en donde se muestra los niveles porcentuales de las categorías de edad, género y nivel académico, de los cincuenta adultos mayores investigados. Con respecto a los factores y variables, las relaciones establecidas son de acuerdo a los objetivos específicos y se muestran en tablas de asociación.

Para el cómputo de los niveles de los factores de ambas variables, y de ellas mismas, se obtuvo primeramente la puntuación de conocimiento y cumplimiento, dando un punto a cada respuesta contestada correctamente. Luego se obtuvo el porcentaje de conocimiento y cumplimiento en base a la división de los puntos alcanzados en cada factor y variable dividiéndolos entre el total máximo posible, según el número de preguntas. Así, por ejemplo, en el factor Consulta médica de control tiene cinco ítems, si un adulto mayor contesta dos correctamente tiene un conocimiento del 40% del ideal (100% correspondería a cinco puntos). De igual manera se procede con todos los factores y variables. Una vez obtenidos los porcentajes se clasifican de acuerdo a los siguientes niveles: de 0% a 33% nivel BAJO; de 34% a 66% nivel medio y de 67% a 100% nivel alto.

Para el análisis de significación estadística se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, dado que la distribución de los porcentajes no seguía el modelo de una distribución normal, calculándose a partir de los valores porcentuales

sin haber sido clasificados en niveles. Todos los resultados de las significaciones estadísticas son en base a un error de azar de menos del 5% ($P < 0,05$). La información tabulada en cuadros se complementa con gráficas estadísticas correspondientes a gráficos de torta y barras múltiples.

TABLA No. 1

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según Edad.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011

Edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje
65 – 69	25	50
70 - 79	22	44
80 O MÁS	3	6
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

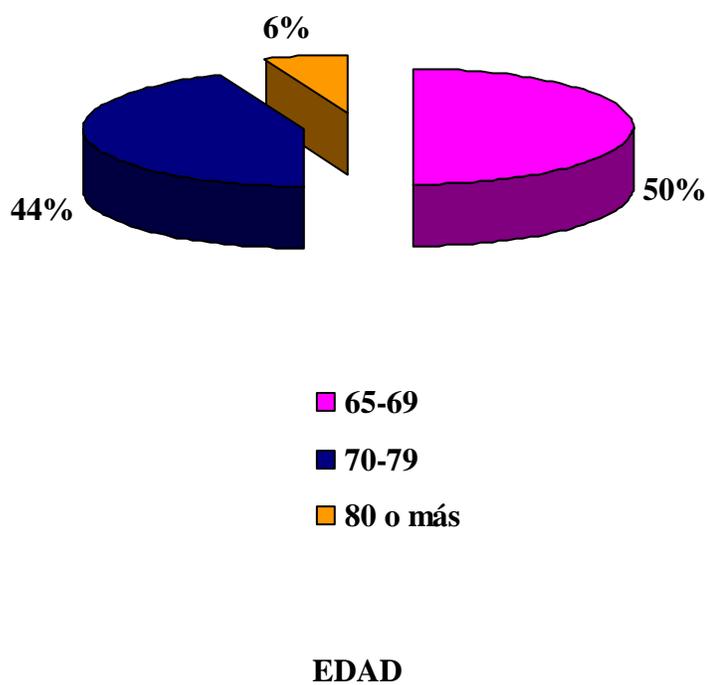
En la tabla y gráfico N° 1, se observa que un 50% del grupo de adultos mayores poseen edades entre 65 y 69 años de edad, un 44% entre 70 a 79 años, y un 6% y poseen 80 años o más.

GRÁFICO N° 1

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según Edad.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011



Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

TABLA No. 2

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según Género.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	34	68
Masculino	16	32
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

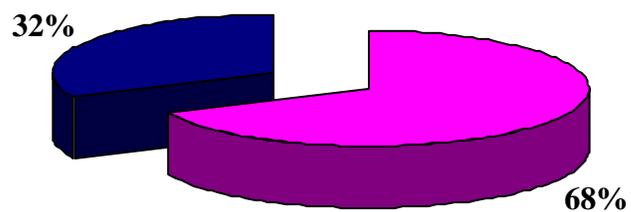
En la tabla y gráfico N° 2, un 68% del grupo de adultos mayores pertenece al sexo femenino y el restante 32% al masculino.

GRÁFICO N° 2

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según Género.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011.



■ FEMENINO

■ MASCULINO

SEXO

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

TABLA No. 3

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores con pie diabético según Nivel Académico.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011

Nivel Académico	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	9	18
Primaria	24	48
Secundaria	14	28
Técnica	2	4
Universitaria	1	2
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

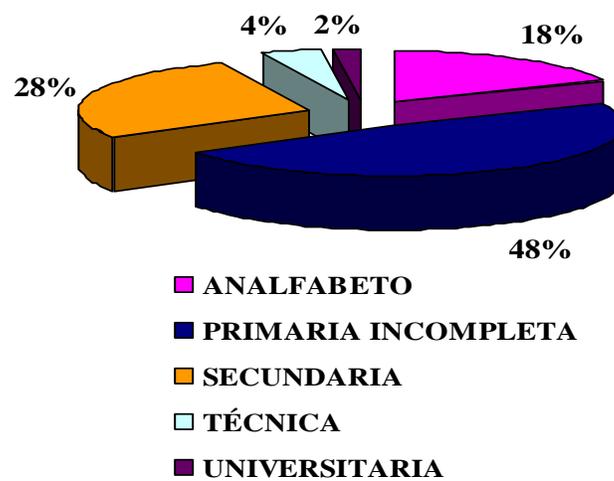
En la tabla y gráfico N°3, se presenta que la mayor parte de los adultos mayores alcanzaron un nivel educativo de primaria, pues son 48% del grupo, seguidos por los que tiene secundaria con 28%, luego los analfabetos con 18%, técnico superior 4% y sólo uno (2%) con instrucción universitaria.

GRÁFICO N° 3

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según Nivel Académico.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011

**NIVEL ACADÉMICO**

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

TABLA No.4.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento en el factor asistencia a la consulta médica de control y de cumplimiento del factor régimen alimenticio.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011

Niveles de conocimiento de la asistencia a la consulta médica de control	Niveles de cumplimiento del régimen alimenticio			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	26 (57,7)	11 (42,3)	0 (0)	37 (74)
Medio	1 (7,7)	12 (92,3)	0 (0)	13 (26)
Alto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	27 (54)	23 (46)	0 (0)	50 (100)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales. Coeficiente de correlación (Spearman) = + 0,340 (p < 0,02) significativo

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

En la tabla y gráfico N° 4, el 74% del grupo de adultos mayores, según respuestas a los ítems que conforman el factor conocimiento de la asistencia a la consulta médica de control en el nivel bajo (0% a 33%) y el 26% restante en el nivel medio (34% a 66%). En el otro factor cumplimiento del régimen alimenticio, sucede igual porque el 54% fue para el nivel bajo y 46% para el nivel medio. No hubo representación en ningún nivel alto (67% a 100%) para los dos factores.

En cuanto a la relación entre los dos factores, se observa que en el nivel bajo de conocimiento del factor consulta médica de control, predomina por igual el nivel bajo de cumplimiento del factor régimen alimenticio con 57,7%, mientras que el resto

42,3% se ubica en el nivel medio de cumplimiento. Para el nivel medio de conocimiento, hay predominio del nivel medio de cumplimiento con una representación del 92,3%, quedando sólo el 7,7% para el nivel bajo de cumplimiento del factor régimen alimenticio.

Por lo tanto, hay una tendencia marcada a establecer en la relación de ambos factores, una mayor concentración de iguales niveles (exceptuando los niveles altos sin representación). Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Spearman que dio un valor positivo con una cifra baja ($\rho = + 0,340$), pero con significación estadística ($P < 0,02$). Lo que expresa que el orden de los niveles más bajos de conocimiento se relaciona también ordinalmente con niveles más bajos de cumplimiento, e igual sucede para los niveles medios de conocimiento y cumplimiento.

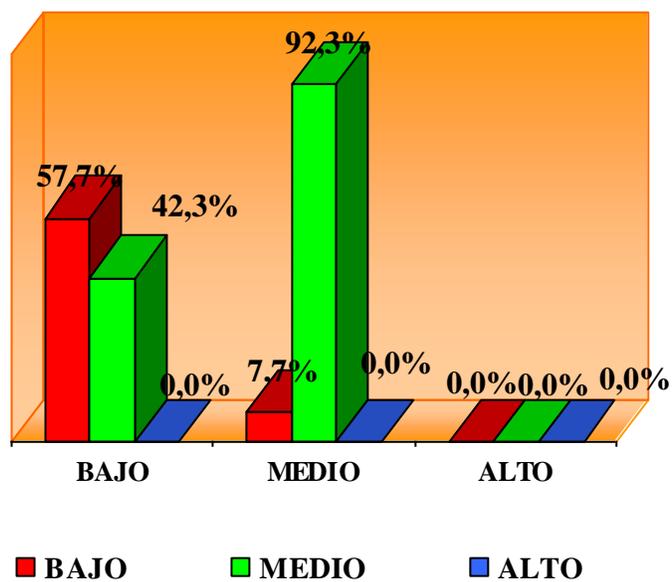
En conclusión se pudo demostrar que exista una relación significativa entre los factores conocimiento sobre la consulta médica de control y el cumplimiento del régimen alimenticio en el grupo de adultos mayores investigados.

GRÁFICO No. 4.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento en el factor asistencia a la consulta médica de control y de cumplimiento del Factor Régimen Alimenticio.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011



Niveles de conocimiento en el factor asistencia a la consulta médica de control

Niveles cumplimiento en el factor régimen alimenticio

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

TABLA No. 5.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento en el factor asistencia a la consulta médica de control y de cumplimiento del factor actividad física.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011

Niveles de conocimiento de la asistencia a la consulta médica de control	Niveles de cumplimiento de la actividad física			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	24 (64,9)	12 (32,4)	1 (2,7)	37 (74)
Medio	2 (15,4)	6 (46,2)	5 (38,4)	13 (26)
Alto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	26 (52)	18 (36)	6 (12)	50 (100)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales. Coeficiente de correlación (Spearman) = + 0,368 (p < 0,009) significativo

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

En la tabla y gráfico N° 5, el 52% del grupo de adultos mayores, según respuestas a los ítems que conforman el factor cumplimiento de la actividad física, se ubicó en el nivel bajo, el 36% en el nivel medio y un 12% en el nivel alto.

En la relación entre los dos factores, se observa que en el nivel bajo de conocimiento del factor consulta médica de control, predomina igualmente el nivel bajo de cumplimiento del factor actividad física con 64,9%, mientras que el 32,4% se ubicó en el nivel medio y un 2,7% en el alto de cumplimiento. Para el nivel medio de conocimiento, hay predominio del nivel medio de cumplimiento con una

representación del 46,2%, siendo el 15,4% para el nivel bajo y un 38,2% para el nivel alto de cumplimiento del factor actividad física.

De nuevo, hay una tendencia a establecer en la relación de ambos factores, una mayor concentración de iguales niveles (exceptuando los niveles altos, donde no hay representación en un factor y no puede darse la relación). Esto se confirma con el coeficiente de correlación de Spearman que dio un valor positivo con una cifra baja ($\rho = + 0,368$), pero con significación estadística ($P < 0,009$). Esto, por lo tanto, expresa que el orden de los niveles más bajos de conocimiento se relaciona también ordinalmente con niveles más bajos de cumplimiento, dándose por igual para los niveles medios de conocimiento y cumplimiento.

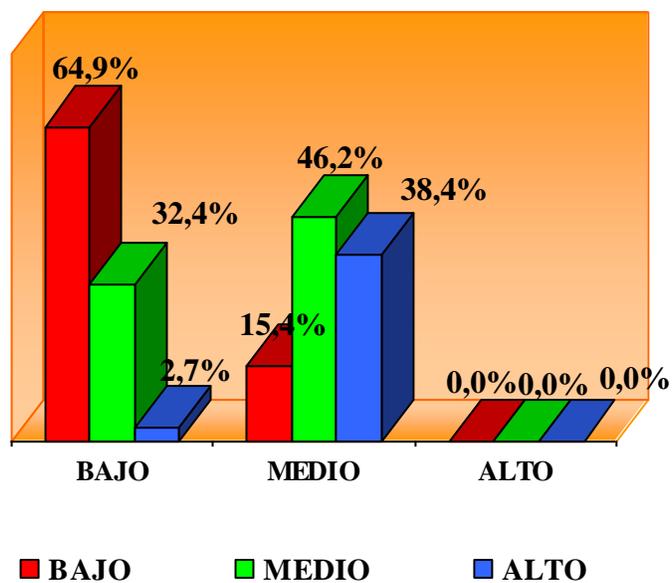
En conclusión, se demuestra que exista una relación significativa entre los factores conocimiento sobre la consulta médica de control y el cumplimiento de la actividad física, en el grupo de adultos mayores investigados.

GRÁFICO No. 5.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento en el factor asistencia a la consulta médica de control y de cumplimiento del factor actividad física.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011



Niveles de conocimiento en el factor consulta médica de control

Niveles cumplimiento en el factor actividad física

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

TABLA No. 6.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento en el factor asistencia a la consulta médica de control y de cumplimiento del factor cuidados de los pies.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011

Niveles de conocimiento de la asistencia a la consulta médica de control	Niveles de cumplimiento del cuidados de los pies			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	30 (81,1)	6 (16,2)	1 (2,7)	37 (74)
Medio	4 (30,8)	9 (69,2)	0 (0)	13 (26)
Alto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	34 (68)	15 (30)	1 (2)	50 (100)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales. Coeficiente de correlación (Spearman) = + 0,443 (p < 0,001) significativo

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

El 68% del grupo de adultos mayores tienen un nivel bajo de cumplimiento en el factor cuidados de los pies, habiendo un 30% en el nivel medio y sólo un adulto mayor en el nivel alto para un 2% del grupo.

En la tabla y gráfico N° 6, en la relación entre los dos factores, se aprecia que en el nivel bajo de conocimiento del factor asistencia a la consulta médica de control, predomina así mismo el nivel bajo de cumplimiento del factor cuidados de los pies con 81,1%, mientras que el resto se reparte entre el nivel medio con 16,2% y el 2,7% para el nivel alto de cumplimiento. Para el nivel medio de conocimiento, hay predominio del nivel medio de cumplimiento con representación del 69,2%,

quedando el restante porcentaje del 30,8% para el nivel bajo cumplimiento del factor cuidado de los pies.

Se observa entonces una tendencia a establecerse en la relación de ambos factores, pues hay una mayor concentración de iguales niveles, exceptuando los niveles altos, ya que no hay representación en el factor conocimiento de la asistencia a la consulta médica de control. De tal manera que lo anterior se confirma con el coeficiente de correlación de Spearman que dio un valor positivo con aproximación a una cifra media ($\rho = + 0,443$), con significación estadística ($P < 0,001$), expresando que el orden de los niveles más bajos de conocimiento se relacionan también ordinalmente con niveles más bajos de cumplimiento, sucediendo igual para los niveles medios.

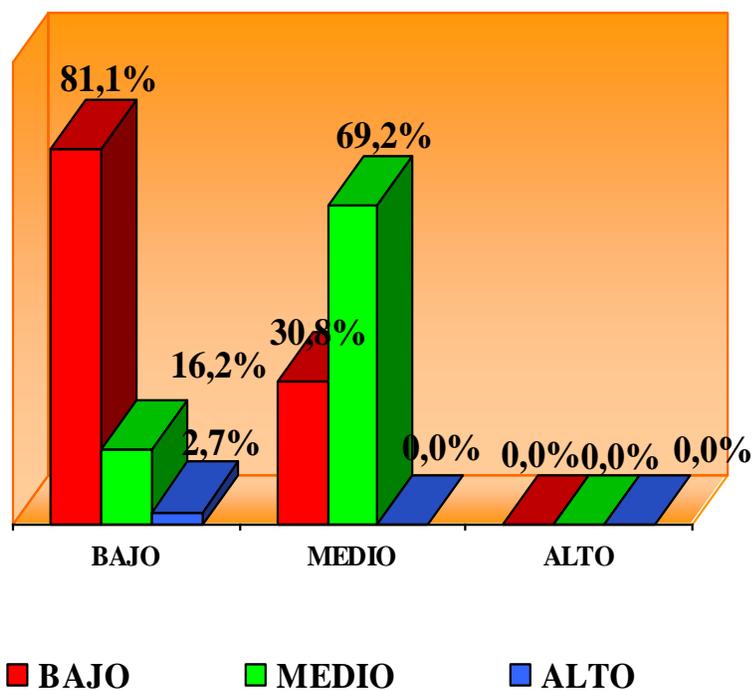
En conclusión se pudo demostrar que exista una relación significativa entre los factores conocimiento sobre la consulta médica de control y el cumplimiento de los cuidados de los pies por el grupo de adultos mayores investigados.

GRÁFICO No. 6.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento en el factor asistencia a la consulta médica de control y de cumplimiento del factor cuidados de los pies.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011



Niveles de conocimiento en el factor consulta médica de control

Niveles cumplimiento en el factor cuidados de los pies

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

TABLA No. 7.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento en el factor medidas terapéuticas y de cumplimiento del factor régimen alimenticio.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011

Niveles de conocimiento de las medidas terapéuticas	Niveles de cumplimiento del régimen alimenticio			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	14 (70,0)	6 (30,0)	0 (0)	20 (40)
Medio	13 (43,3)	17 (56,7)	0 (0)	30 (60)
Alto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	27 (54)	23 (46)	0 (0)	50 (100)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales. Coeficiente de correlación (Spearman) = + 0,288 (p < 0,05) significativo

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

En la tabla y gráfico N° 7, se observa que el 54% del grupo de adultos mayores, según respuestas correctas a los ítems que constituyen el factor conocimiento de las medidas terapéuticas en el nivel bajo (0% a 33%) y el 46% restante en el nivel medio (34% a 66%). no hubo representación en el nivel alto de conocimiento.

En términos de la relación entre los dos factores, se observa que en el nivel bajo de conocimiento del factor conocimiento de las medidas terapéuticas, predomina por igual el nivel bajo de cumplimiento del factor régimen alimenticio con 70,0%, mientras que el resto 30,0% se ubica en el nivel medio de cumplimiento. Para el nivel

medio de conocimiento, hay predominio del nivel medio de cumplimiento con una representación del 56,7%, quedando el 43,3% restante para el nivel bajo de cumplimiento del factor régimen alimenticio.

En función de lo anterior, se puede asegurar que existe una tendencia marcada a establecerse en la relación de ambos factores, una mayor concentración de iguales niveles (exceptuando los niveles altos sin representación). Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Spearman que dio un valor positivo con una cifra baja ($\rho = + 0,288$), pero con significación estadística ($P < 0,05$). Lo que expresa que el orden de los niveles más bajos de conocimiento se relacionan también ordinalmente con niveles más bajos de cumplimiento, e igual sucede para los niveles medios de ambos factores.

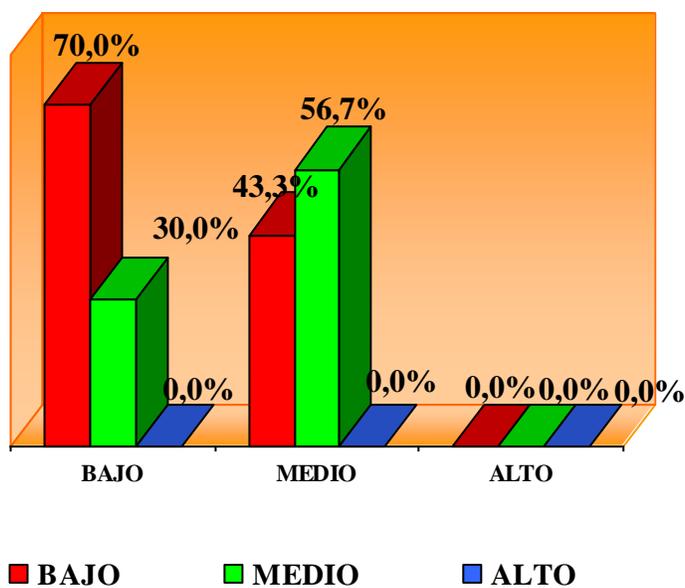
En conclusión, se logró demostrar que se da una relación significativa entre los factores conocimiento de las medidas terapéuticas y el cumplimiento del régimen alimenticio en el grupo de adultos mayores investigados.

GRÁFICO No. 7.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento en el factor medidas terapéuticas y de cumplimiento del factor régimen alimenticio.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011



Niveles cumplimiento en el factor régimen alimenticio

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

TABLA No. 8.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento en el factor medidas terapéuticas y de cumplimiento del factor actividad física.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011

Niveles de conocimiento de las medidas terapéuticas	Niveles de cumplimiento de la actividad física			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	12 (60,0)	2 (10,0)	6 (30,0)	20 (40)
Medio	14 (46,7)	16 (53,3)	0 (0)	30 (60)
Alto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	26 (52)	18 (36)	6 (12)	50 (100)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales. Coeficiente de correlación (Spearman) = + 0,401 ($p < 0,004$) significativo

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

En la tabla y gráfico N° 8, se observa que la relación entre los dos factores, se observa que en el nivel bajo de conocimiento del factor medidas terapéuticas, predomina por igual el nivel bajo de cumplimiento del factor actividad física con 60,0%, mientras que el resto 10,0% se ubica en el nivel medio de cumplimiento y el 30,0% en el nivel alto. Para el nivel medio de conocimiento, hay predominio del nivel medio de cumplimiento con una representación del 53,3%, quedando el 46,7% para el nivel bajo de cumplimiento del factor actividad física.

Por consiguiente, se determinó que hay una tendencia marcada a establecer en la relación de ambos factores, una mayor concentración de iguales niveles (exceptuando los niveles altos donde en un factor no tiene representación). A su vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Spearman que dio un valor

positivo con una cifra media ($\rho = + 0,401$), con significación estadística ($P < 0,004$), expresando así que hay una relación en el orden de los niveles más bajos de conocimiento se relacionan también ordinalmente con niveles más bajos de cumplimiento, y de igual manera sucede para los niveles medios de los factores.

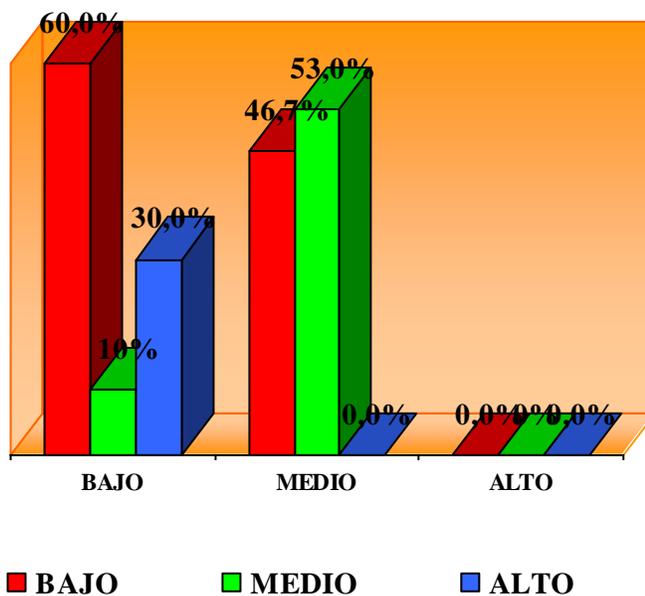
En conclusión, se logró demostrar que exista una relación significativa entre el factor medidas terapéuticas y el cumplimiento de la actividad física en el grupo de adultos mayores investigados.

GRÁFICO No. 8.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento en el factor medidas terapéuticas y de cumplimiento del factor actividad física.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011



Niveles de conocimiento en el factor medidas terapéuticas

Niveles cumplimiento en el factor actividad física

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

TABLA No. 9.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento en el factor medidas terapéuticas y de cumplimiento del factor cuidado de los pies.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011

Niveles de conocimiento de las medidas terapéuticas	Niveles de cumplimiento del cuidados de los pies			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	20 (100)	0 (0,0)	0 (0)	20 (40)
Medio	14 (46,7)	15 (50,0)	1 (3,3)	30 (60)
Alto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	34 (68)	15 (30)	1 (2)	50 (100)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales. Coeficiente de correlación (Spearman) = + 0,285 (p < 0,05) significativo

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

En la tabla y gráfico N° 9, se observa que la relación entre los dos factores, se aprecia que en el nivel bajo de conocimiento del factor medidas terapéuticas, predomina por igual el nivel bajo de cumplimiento del factor cuidados de los pies con un 100%. Para el nivel medio de conocimiento, hay predominio del nivel medio de cumplimiento con una representación del 50,0%, para el nivel bajo el 46,7% y un 3,3% para el nivel alto de cumplimiento del factor cuidado de los pies.

Se consiguió en la relación una tendencia a establecer en la asociación de ambos factores, una mayor concentración de iguales niveles (exceptuando los niveles

altos, sin representación en uno de los factores). Por lo tanto, en consecuencia el coeficiente de correlación de Spearman un valor positivo con una cifra baja ($\rho = +0,285$), pero mostrando significación estadística ($p < 0,05$). Así el orden de los niveles más bajos de conocimiento se relacionan también ordinalmente con niveles más bajos de cumplimiento, ocurriendo igual para los niveles medios de los factores.

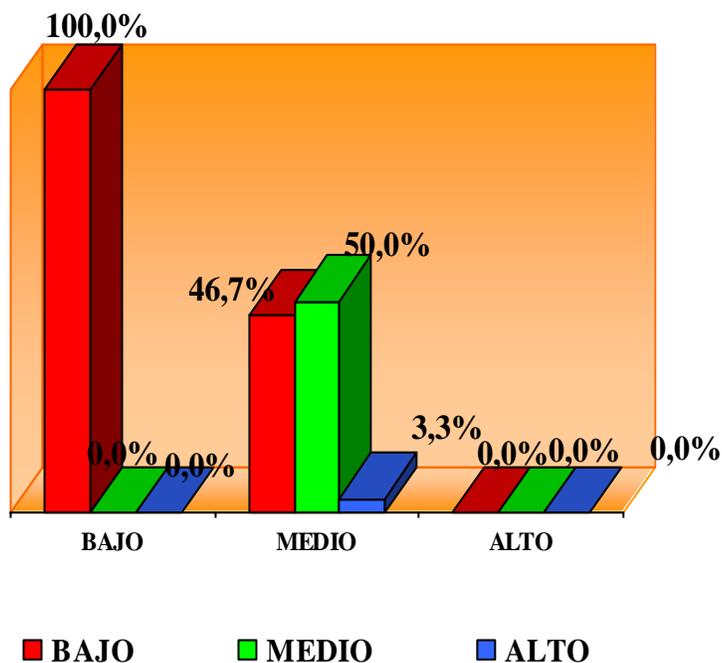
Como conclusión se extrae que existe una relación significativa entre los factores conocimiento de las medidas terapéuticas y cumplimiento de los cuidados de los pies, en el grupo de adultos mayores investigados.

GRÁFICO No. 9.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento en el factor medidas terapéuticas y de cumplimiento del factor cuidado de los pies.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011



Niveles de conocimiento en el factor medidas terapéuticas

Niveles cumplimiento en el factor cuidados de los pies

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

TABLA No. 10.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento y de cumplimiento de las variables en estudio.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011

Niveles de conocimiento sobre pie diabético para el control de la enfermedad	Niveles de cumplimiento del autocuidado			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	24 (64,9)	13 (35,1)	0 (0)	37 (74)
Medio	4 (30,7)	9 (69,3)	0 (0)	13 (26)
Alto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	28 (56)	22 (44)	0 (0)	50 (100)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales. Coeficiente de correlación (Spearman) = + 0,396 (p < 0,005) significativo

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

En la tabla y gráfico N° 10, se observa que el 74% del grupo de adultos mayores, según respuestas a los ítems que conforman la variable conocimiento sobre el pie diabético para el control de la enfermedad se ubicó en el nivel bajo (0% a 33%) y el 26% restante en el nivel medio (34% a 66%). en la otra variable que es cumplimiento del autocuidado, sucede igual porque la mayoría (56,0%) se posicionó en el nivel bajo la mayoría, siendo el 44,0% para el nivel medio. no hubo representación en los niveles altos (67% a 100%) de alguna de las variables.

En la relación entre las dos variables, se logra observar que la referida al nivel bajo del conocimiento sobre el pie diabético para el control de la enfermedad, es

mayor el porcentaje de adultos mayores con igual nivel (64,9%) en la variable cumplimiento del autocuidado, siendo el restante porcentaje (35,1%) para la categoría de nivel medio. en el nivel medio de la variable conocimiento sobre el pie diabético para el control de la enfermedad, predomina el nivel medio del cumplimiento del autocuidado con un 69,3%, y el restante 30,7% de este grupo está en el nivel bajo de esta variable.

Por lo tanto, hay una tendencia marcada a establecer en la relación de ambas variables una mayor concentración de iguales niveles (exceptuando los niveles altos que no tiene representación). Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Spearman que dio un valor positivo con una cifra baja ($\rho = + 0,396$), pero con significación estadística ($p < 0,005$). Esto expresa que el orden de los niveles más bajos de conocimiento se relacionan también ordinalmente con niveles más bajos de cumplimiento, sucediendo igual para los niveles medios de ambas variables.

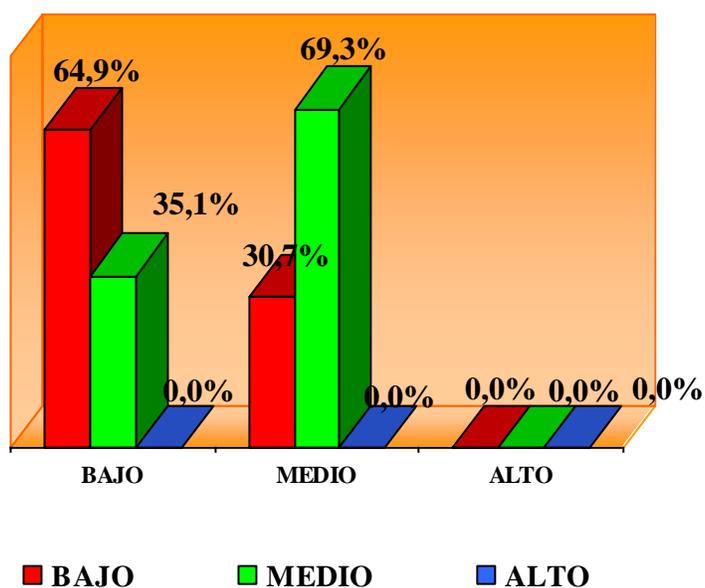
En conclusión se pudo demostrar que exista una relación significativa entre las variables conocimiento sobre el pie diabético para el control de la enfermedad y el cumplimiento del autocuidado, en el grupo de adultos mayores investigados.

GRÁFICO No. 10.

Conocimiento sobre el control de la salud y autocuidado.

Distribución de los adultos mayores diabéticos según niveles de conocimiento y de cumplimiento de las variables en estudio.

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2011



Niveles de conocimiento sobre la variable conocimiento sobre pie diabético para el control de la enfermedad

Niveles cumplimiento sobre la variable autocuidado

Fuente: Instrumento aplicado (Muñoz, 2011)

4.2 Análisis e interpretación de los resultados

A continuación se presenta el análisis e interpretación de los datos de acuerdo a los objetivos e hipótesis establecidas en la investigación.

En las tablas N° 1, 2, 3 se recogen los resultados en relación con las edades, sexo y nivel educativo del grupo de adultos mayores. Se encuentra una alta incidencia de adultos mayores con edades entre 65-69 años.

El sexo predominante fue el femenino (68%). Datos que se aproximan a los resultados obtenidos por Rubio y col. (2000), en los ambulatorios Virgen del Carmen Puerto de Santa María de Cádiz y Jesús Nazareno de la frontera de Cádiz, donde la mayor asistencia a las consultas de enfermería fueron mujeres, acuden el doble de mujeres que de varones. De igual forma los datos contrastan por los encontrados por Orestes (2010), donde el sexo predominante fue el sexo masculino.

En relación al nivel educativo, se encontró que la mayor parte de los adultos mayores, tienen un nivel de primaria, lo que plantea un bajo nivel cultural y poca accesibilidad al sistema de salud, condicionando a que permanecieran hiperglicémicos y de allí se derivarán la complicación del pie diabético.

En cuanto a la hipótesis específica N° 1, que plantea si existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que tienen adultos mayores diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: consulta médica de control y medidas terapéuticas y el autocuidado en su factor régimen alimenticio, se aprecia que en cuanto a la relación entre los dos factores, se observa que en el nivel bajo de conocimiento del factor consulta médica de control, régimen alimenticio con 57,7%, mientras que el resto 42,3% se ubica en el nivel medio de cumplimiento. Para el nivel medio de conocimiento, hay predominio del nivel medio de cumplimiento con una representación del 92,3%, quedando sólo el 7,7% para el nivel bajo de cumplimiento del factor régimen alimenticio.

Datos que demuestran que existe una relación significativa entre los factores conocimiento sobre la consulta médica de control y el régimen alimenticio en el grupo de adultos mayores investigados. Estos resultados van acorde a lo expresado por López (1994), quien refiere que “el cumplimiento del tratamiento y los cuidados deben ser aprendidos. La puesta en práctica de los conocimientos adquiridos constituyen las bases del éxito”; en este sentido el aprendizaje referido al régimen alimenticio. Por otra parte Echeverría (1999) exponen que “La dieta diabética óptima para el anciano es aquella apropiada para el estilo de vida del paciente y que permita el mejor control metabólico” (p.265). La lucha contra las enfermedades como la DM, se inicia en cuanto la población adquiere mayores índices de educación e información en los aspectos de conocer y adoptar un régimen alimenticio adecuado y autocuidado.

Por otra parte en la hipótesis específica N° 2, en la relación que existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que tienen los adultos mayores diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: consulta médica de control y medidas terapéuticas y el autocuidado en su factor actividad física, se tiene que hay una tendencia a establecer en la relación de ambos factores, una mayor concentración de iguales niveles. Esto se confirma con el coeficiente de correlación de Spearman que dio un valor positivo con una cifra baja ($\rho = + 0,368$), pero con significación estadística ($P < 0,009$). Esto, por lo tanto, expresa que el orden de los niveles más bajos de conocimiento se relaciona también ordinalmente con niveles más bajos de cumplimiento, dándose por igual para los niveles medios de conocimiento y cumplimiento.

En conclusión, se demuestra que exista una relación significativa entre los factores conocimiento sobre la consulta médica de control y el de la actividad física, en el grupo de adultos mayores investigados.

En el caso anteriormente señalado, se puede apreciar la importancia de la Actividad Física para recuperarse de la DM, esto va acorde a lo planteado por Leitón y col. (2003), quienes afirman que el ejercicio “Es un apoyo clave contra las enfermedades o ayuda a recuperarse de ellas, y potencia la capacidad de autocuidado y permite el control sobre las actividad de la vida diaria (AVD). Permanecer físicamente activo es la clave para la buena salud al llegar a una edad avanzada y esto es posible manteniendo una actividad física moderada y funcional.

En lo atinente a la hipótesis específica N° 3, existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que tienen los adultos mayores con pie Diabético sobre el control de su salud en sus factores: asistencia a la consulta médica y medidas terapéuticas y el autocuidado en su factor cuidados de los pies. Se observa una tendencia a establecerse en la relación de ambos factores, pues hay una mayor concentración de iguales niveles, exceptuando los niveles altos, ya que no hay representación en el factor conocimiento de la asistencia a la consulta médica de control.

De tal manera que lo anterior se confirma con el coeficiente de correlación de Spearman que dio un valor positivo con aproximación a una cifra media ($\rho = +0,443$), con significación estadística ($P < 0,001$), expresando que el orden de los niveles más bajos de conocimiento se relacionan también ordinalmente con niveles más bajos de cumplimiento, sucediendo igual para los niveles medios.

En conclusión se pudo demostrar que exista una relación significativa entre los factores conocimiento sobre la consulta médica de control y cuidados de los pies por el grupo de adultos mayores investigados. Esto concuerda con lo expresado por López (1994), quien refiere que “Los cuidados que precisan atención domiciliaria deben alcanzar un nivel de auto cuidado lo más avanzado posible”. (p. 99). De aquí la importancia de la educación al paciente con DM con una forma de preparación para el auto cuidado sobre los pies.

Y es que el riesgo de lesiones en los pies, pueden incluso llegar a ser amputados, así como lo expresa Llacer (2008), “El riesgo de amputaciones mayores en el diabético supera 15 veces el de la población general; también se comunica que el 50 % de las amputaciones no traumáticas ocurren en los diabéticos” (p.1).

Finalmente, en lo que respecta a la relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que tienen los adultos mayores diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: consulta médica de control y medidas terapéuticas y su autocuidado en sus factores: régimen alimenticio, actividad física y cuidados de los pies y quienes acuden a la consulta de Diabetes del Ambulatorio Urbano Tipo II las Agüitas, Municipio Los Guayos, Estado Carabobo; hay una tendencia marcada a establecer en la relación de ambas variables una mayor concentración de iguales niveles (exceptuando los niveles altos que no tiene representación). Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Spearman que dio un valor positivo con una cifra baja ($\rho = + 0,396$), pero con significación estadística ($P < 0,005$).

Esto expresa que el orden de los niveles más bajos de conocimiento se relacionan también ordinalmente con niveles más bajos de cumplimiento, sucediendo igual para los niveles medios de ambas variables.

En conclusión se pudo demostrar que exista una relación significativa entre las variables conocimiento sobre el pie diabético para el control de la enfermedad y el autocuidado, en el grupo de adultos mayores investigados.

El auto cuidado consiste en que las personas adquieren la responsabilidad para manejar por si mismas su salud conjuntamente, cuando ello sea necesario, se debería aplicar tanto al individuo sano como al enfermo. Para el individuo sano es importante para mantener su estado de salud. Para el individuo enfermo lo es para recuperar o mejorar su estado de salud. El autocuidado debería ser un hábito de toda la vida y también un aspecto de la cultura. Según Leitón y col. (2003) autocuidado es “Asumir voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud” (p.37).

Comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona dirigidas a mantener y mejorar la salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad; y las decisiones de utilizar los sistemas de apoyo formales e informales de salud, esto puede lograr evitar las complicaciones en el adulto mayor portador de DM.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones del estudio posterior al análisis estadístico de los datos, así como las recomendaciones sugeridas de las mismas.

5.1. Conclusiones

Una vez analizados estadísticamente los datos recolectados se presentan las siguientes conclusiones:

- En cuanto a las características sociodemográficas de los adultos mayores diabéticos investigados, el grupo de edad predominante estuvo entre los 65 y 69 años (50%), de los cuales 68% pertenecen al sexo femenino y el 48% alcanzaron un nivel educativo de primaria.
- El valor obtenido del coeficiente de correlación de Spearman resultó positivo con una cifra baja ($\rho = + 0,340$), pero con significación estadística ($p < 0,02$), demostrándose que existe relación significativa entre el conocimiento que tienen los AM diabéticos sobre el control de la salud en su factor: consulta médica de control y el autocuidado para la prevención del pie diabético en su factor régimen alimenticio.
- El valor obtenido del coeficiente de correlación de Spearman resultó positivo con una cifra baja ($\rho = + 0,368$), pero con significación estadística ($p < 0,009$) demostrándose que existe relación significativa entre el conocimiento que tienen los AM diabéticos sobre el control de la salud en su factor: consulta médica de control y el autocuidado para la prevención del pie diabético en su factor: actividad física.

- El valor obtenido del coeficiente de correlación de Spearman resultó positivo con aproximación a una cifra media ($\rho = + 0,443$), con significación estadística ($p < 0,001$), demostrándose que existe relación significativa entre el conocimiento que tienen los AM diabéticos sobre el control de su salud en su factor: consulta médica de control y el autocuidado para la prevención del pie diabético en su factor cuidados de los pies.
- El valor obtenido del coeficiente de correlación de Spearman fue positivo con una cifra baja ($\rho = + 0,288$), pero con significación estadística ($P < 0,05$), logró demostrar que se da una relación significativa entre los factores conocimiento de las medidas terapéuticas y el cumplimiento del régimen alimenticio en el grupo de adultos mayores diabéticos investigados.
- El valor obtenido del coeficiente de correlación de Spearman resultó positivo con una cifra media ($\rho = + 0,401$), con significación estadística ($p < 0,004$) demostrándose que exista una relación significativa entre los factores conocimiento de la asistencia a la consulta médica de control y el cumplimiento de la actividad física en el grupo de adultos mayores diabéticos investigados.
- El valor obtenido del coeficiente de correlación de Spearman fue positivo con una cifra baja ($\rho = + 0,285$), pero mostrando significación estadística ($p < 0,05$) demostrándose que existe una relación significativa entre los factores conocimiento de las medidas terapéuticas y cumplimiento de los cuidados de los pies, en el grupo de adultos mayores diabéticos investigados.
- El valor obtenido del el coeficiente de correlación de Spearman obtuvo un valor positivo con una cifra baja ($\rho = + 0,396$), pero con significación estadística ($p < 0,005$), demostrándose que existe relación

significativa entre las variables conocimiento que tienen los adultos mayores diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: autocuidado para la prevención del pie diabético en sus factores: Alimentación, Ejercicios y Cuidados de los pies, por lo que se acepta la hipótesis general del estudio.

5.2. Recomendaciones

1.- Dar a conocer los resultados a las autoridades del Ambulatorio Urbano Tipo II las Agüitas, Municipio Los Guayos, Estado Carabobo.

2.- Revisar y evaluar las políticas y programas que en la actualidad se están desarrollando para la tercera edad en el Ambulatorio Urbano Tipo II las Agüitas, Municipio Los Guayos, Estado Carabobo, con miras a orientar las mismas hacia una real atención integral del adulto mayor.

3.- Involucrar a la familia del adulto mayor portador de DM, en el proceso de aprendizaje del mismo, para de esta forma fortalecer el autocuidado y la recuperación y mantenimiento de cada paciente.

4.- Presentar los resultados de la presente investigación en foros, talleres y jornadas y congresos nacionales e internacionales, donde se aborden temas inherentes al adulto mayor y a la salud del mismo.

5.- Mantener esquemas de divulgación de información, en los centros de salud, tales como trípticos, dípticos y carteleras, donde en forma clara y sencilla se

expliquen las generalidades de la DM, las medidas preventivas y la importancia del autocuidado.

6.- Desarrollar trabajos en conjunto con los organismos gubernamentales y no gubernamentales, para desarrollar talleres y mesas de trabajo sobre el autocuidado en el adulto mayor, y de esta forma fortalecer la calidad de vida de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, S. (2009) Factores que predisponen a la aparición de infección en pacientes con Pie diabético y manejo terapéutico utilizado. Documento en línea disponible en <http://herberpront>. (Fecha de acceso 18/05/2011)

BALESTRINI, M. (1998) Como se elabora un Proyecto de Investigación. Caracas. Venezuela.

CASTRO, C. (2002) ¿Cuál es la patología del pie geriátrico?. Hospital Universitario de Getafe. Servicio de Geriatria.

CONTRERAS, F. y BLANCO, M. (1997) Fisiopatología. Editorial MacGraw-Hill Interamericana. Caracas-Venezuela.

CONSENSO NACIONAL DE DIABETES TIPO 2 (2003) *Diabetes mellitus*. Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999). Publicada en Gaceta Oficial del jueves 30 de Diciembre de 1999, Número 36.860

ECHEVERRÍA, A. (1999) Evaluación del estado metabólico. En Nutrición en geriatría. Abbot. Laboratorios México 10-11.

FARFÁN, R. (2007) Efectividad de un programa educativo basado en el auto cuidado de miembros inferiores para la prevención de complicaciones en pacientes diabético. Hospital de Sullana. Especialidad con Mención Adulto y Terapia Intensiva. Universidad de Trujillo – Perú.

HEBERPROT, (2009) Situación Mundial de la Diabetes Mellitus. Documento en línea disponible en: <http://www.sociedadvenezolana de cirugia.org>.

HERNÁNDEZ, R. Fernández, C. Baptista, P. (2003). Metodología de la Investigación. Quinta Edición. Editor. ial Mc Graw-Hill Interamericana. México.

HURTADO, I. Y TORO, J. (1998) Paradigmas y métodos de investigación. Editorial Episteme consultores asociados. Segunda edición.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (2009) Guías Clínicas de II-III Nivel del IHSS Tomo III. Medicina Interna. Tegucigalpa. Honduras.

KOZIER, B. (1998) Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería. 2da Edición. Interamericana. México.

MARTÍNEZ, F., MENDIOLA, I., y RAMOS F. (2003) Epidemiología y Costos de atención del pie Diabético. Mc Graw-Hill Interamericana Editores.

MELERO, A. (2002). Enfermería Geriátrica. 3ª Edición. Editorial Síntesis. Madrid. España.

MÉNDEZ, C. (1999) Metodología. Guía para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables y administrativas. Segunda Edición. Editorial Mc Graw-Hill. Colombia.

NÚÑEZ, A. (2000), Promoción de la salud y jóvenes: experiencias universitarias. Manizales: Universidad de Manizales, Alcaldía de Manizales, Universidad de Caldas.

LEITÓN, Z. y ORDOÑEZ, Y. (2003) Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales. Lima. Perú.

LÓPEZ, I. (1994). Atención Domiciliaria. Diagnóstico de Enfermería. España: Mc Graw Hill.

LÓPEZ, J., CANO, C., GÓMEZ, J. (2006) Fundamentos de medicina. Geriatria. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín. Colombia.

LLACER, M. (2008) Pie Diabético. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Documento en línea.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (OMS). (1996). Una Conferencia Internacional Sobre la Promoción para la Salud Nuevo Concepto de la Salud Pública. Madrid- España.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2009) Boletín Informativo. Salud de las personas en el mundo actual.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2002) Promover: un estilo de vida para las personas adultas. Washington DC.

ORESTES, H. (2010) Pie diabético en adultos mayores. Consulta de angiología. Clínica Popular Simón Bolívar. Septiembre 2008-2009. Especialista 1^{er} grado Angiología y cirugía vascular, Especialista 1er grado Medicina General Integral Profesor instructor, Master longevidad satisfactoria.

OSUNA, J. (2009) globalización y envejecimiento. Revista Venezolana de endocrinología. v.7 n.1 Mérida.

OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (OGEI) (2005) Ministerio de Salud, Lima Perú. webmaster@minsa.gob.pe

PÉREZ, G. (2002) Investigación cualitativa Retos e interrogantes. Editorial Muralla S.A.

POLIT, D. Y HUNGLER, B. (1997). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Quinta Edición. Editorial Mc Graw-Hill. Interamericana. México.

ROCA, M., CAJA, C. y ÚBEDA, I. (2009) Enfermería Comunitaria. Editorial Instituto Monsa de Ediciones.

RODRÍGUEZ, C. (2002) Nivel de conocimientos y conducta en relación al cuidado del pie de los pacientes diabéticos tipo 2 que acudieron a la consulta de medicina interna del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Enero – Julio 2002.

ROMERO, J., HERNÁNDEZ, J., TOVAR, A., MONTIEL, M. y SÁNCHEZ, J. (2004) Morbilidad de pacientes con pie diabético ingresados al servicio de cirugía del Hospital Universitario “Dr. Alfredo Van Grieken”. Coro, Estado Falcón. Enero. 2.000 - Diciembre 2004.

RUBIO, A. ARDAIZ, B., CASTILLA, M. y ESPINOZA, I. (2000), Evaluación del control de la diabetes de factores de riesgo asociados a la población diabética en la consulta de enfermería en los ambulatorios Virgen del Carmen Puerto de Santa María de Cádiz y Jesús Nazareno. Chicala de la Frontera en Cádiz.

SEPÚLVEDA, A. (2006) Cuidado y autocuidado de salud del adulto mayor. Documento en línea disponible en www.gerontologia.uchile.cl/docs/cuidado.htm.

VÉLEZ, G. y CEDEÑO, M. (1997) Investigación en Salud. Factores sociales. Editorial Mc Graw-Hill. Interamericana, S.A. Colombia.

VELÁSQUEZ, R. (2003) Evaluación de los factores que intervienen en la aparición de pie de riesgo en los pacientes diabéticos ingresados en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Agosto – Diciembre 2002.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
AREA DE ESTUDIO DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN ENFERMERIA GERONTOLOGICA Y GERIATRICA

**INTRUMENTO PARARECOLECTAR INFORMACION SOBRE EL
CONOCIMIENTO DEL ADULTO MAYOR DIABETICO
Y SU RELACION CON EL AUTOCUIDADO.
AMBULATORIO LAS AGUITAS
MUNICIPIO LOS GUAYOS - ESTADO CARABOBO**

Tutora: Dra. Amarilis Guerra

Autora: Ángela Muñoz

Valencia, Junio 2012

PRESENTACIÓN

Estimado Señor (a):

El presente instrumento está diseñado para obtener información sobre el conocimiento que tiene el adulto mayor diabético sobre su control de salud y su autocuidado. La información que suministre es confidencial y solo será utilizada con fines académicos y de investigación en el área de Enfermería Gerontológica y Geriatria.

Le agradezco responda con libertad y sinceridad todas las interrogantes, según las instrucciones dadas.

No se requiere de su identidad, por favor no firme, de esta manera sus repuestas se mantendrán en anonimato.

Gracias por su Colaboración.....

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente el enunciado del instrumento antes de responder. Este instrumento está diseñado en tres partes: en la primera parte encontraras alternativas relacionadas con los datos sociodemográficos, responda colocando una (X) en el espacio indicado.

En la segunda y tercera parte encontrara preguntas relacionadas con el conocimiento del adulto mayor diabético sobre el control de su salud y su autocuidado; responda cada pregunta colocando una (X) en la respuesta que considere correcta.

Gracias por su colaboración

PARTE I**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

Marca con una equis (X) la respuesta

Edad:

Cuántos Años Tiene: _____

Sexo:

Masculino () Femenino ()

Nivel Académico:

Analfabeta	()	Primaria	()
Secundaria	()	Técnica	()
Universitaria	()		

PARTE II

Variable I: Conocimiento del adulto mayor sobre el control de su salud. Marque con una (X) en la alternativa correspondiente a su situación.

1.- Una de las razones para acudir a la consulta médica periódica es para:

- a) Recibir la prescripción de las Medidas terapéuticas
- b) Complacer a la familia
- c) Recibir las dosis de los medicamentos para el tratamiento
- d) Recibir un buen trato por el personal que labora en la consulta
- e) Todas las anteriores

2.- Otra de las razones para acudir a la consulta médica periódica es para:

- a) Cumplir con requisito imprescindible
- b) Saber el valor de la glicemia
- c) Recibir educación para el cuidado del pie diabético
- d) Complacer a quien lo cuida en el hogar
- e) Todas las anteriores

3.- Usted acude a la consulta del médico tratante cuando:

- a) Siente malestar
- b) Para realizarse chequeos mensuales
- c) Cuando los familiares le indican a asistir
- d) Cuando le toca la cita
- e) Todas las anteriores

4.- Considera usted que durante el último año ha cumplido su control médico:

- a) 1 vez al mes
- b) Cuando le sube la glicemia
- c) Cuando no tiene tratamiento
- d) Cuando le corresponde la cita
- e) Ninguna de las anteriores

5.- Como es su Frecuencia de visitas al médico:

- a) Trimestralmente
- b) Un período mayor a 6 meses
- c) Una vez al año
- d) Mensual
- e) Ninguna de las anteriores

6.- El tratamiento farmacológico indicado para la Diabetes Mellitus consiste en:

- a) Hipoglicemiantes orales
- b) Insulina NPH
- c) Insulina Cristalina

- d) Nunca
- e) Todas las anteriores

7.- Considera usted que los pacientes que reciben insulina

- a) No requieren hacer ejercicios
- b) Se complican aun más
- c) Se le dañan sus órganos
- d) No requieren hacer dietas
- e) Ninguna de las anteriores

8.- Considera usted que los pacientes que reciben pastillas para la Diabetes

- a) Poseen menos complicaciones
- b) No requieren hacer dietas
- c) Aumenta la glicemia con frecuencia
- d) Poseen niveles de azúcar normal
- e) Ninguna de las anteriores

9.- El uso de los medicamentos que le han indicado para la Diabetes, usted los consume por:

- a) Convicción propia
- b) Fueron indicados por un especialista
- c) Insistencia de sus familiares
- d) Estar mal de salud
- e) Todas las anteriores

10.- Considera usted que durante el último año ha cumplido su tratamiento farmacológico

- a) 1 vez al mes
- b) Cuando le sube la glicemia
- c) Todos los días
- d) Nunca lo cumplió
- e) Ninguna de las anteriores

11.- El horario para el cumplimiento de los medicamentos que le han indicado para la Diabetes lo realiza:

- a) Diario
- b) 2 veces diarias
- c) Nunca
- d) Cuando presenta síntomas la azúcar alta
- e) Ninguna de las anteriores

PARTE III

Variable II: Autocuidado del Adulto Mayor. Marque con una (X) en la alternativa correspondiente a su situación.

12.- Usted considera que los azúcares o carbohidratos que debe disminuir su consumo el diabético son:

- a) Azúcar refinada
- b) Miel
- c) Papelón
- d) Helados
- e) Todas de las anteriores.

13.- Usted puede comer pan:

- a) Todos los días
- b) Nunca
- c) A veces
- d) Dos veces a la semana
- e) Ningunas de las anteriores

14.- Usted considera que las fuentes de proteínas que consume son:

- a) Productos lácteos
- b) Aves (pollo, pavo)
- c) Pescados
- d) Carnes de Res
- e) Todas las anteriores

15.- Usted puede comer carnes rojas y blancas (pollo y pescado)

- a) Todos los días
- b) Nunca
- c) A veces
- d) Dos veces a la semana
- e) Una vez a la semana

16.- Usted considera que un diabético puede comer azúcar refinada en las bebidas como jugos o café, te.

- a) Siempre
- b) Nunca
- c) A veces
- d) Dos veces a la semana
- e) Ningunas de las anteriores

17.- Usted puede comer vegetales verdes

- a) Todos los días
- b) Nunca
- c) A veces

- d) Dos veces a la semana
- e) Una vez a la semana

18.- Usted considera que cumple con el número meriendas que debe consumir al día.

- a) 2 meriendas
- b) Ninguna
- c) 3 meriendas
- d) 1 merienda
- e) Más de 4 merienda

19.- Usted considera que durante el último año ha cumplido su régimen alimentario (dieta) indicado

- a) Todos los días
- b) De vez en cuando
- c) Nunca
- d) Cuando experimenta síntomas o malestares asociados a la azúcar elevada
- e) Antes de que le corresponda la consulta de Diabetes

20.- Usted considera que consume en su régimen alimentario:

- a) Frutas y verduras en las tres comidas diarias
- b) Prepara los alimentos utilizando grasa para freírlos
- c) Evita los embutidos y las Harinas entre las comidas
- d) Consume un solo carbohidrato en cada comida
- e) Ningunas de las anteriores

21.- Entre los ejercicios que usted ejecuta se encuentra:

- a) Caminatas
- b) Bicicleta
- c) Bailo terapia
- d) Natación
- e) Ningunas de las anteriores

22.- Con qué frecuencia realiza ejercicios:

- a) Todos los días
- b) Algunas veces
- c) Inter diaria
- d) 3 o más veces por semana
- e) Nunca

23.- Tiempo de duración de los ejercicios

- a) 30 minutos
- b) 45 minutos
- c) No lleva el control del tiempo
- d) 1 hora
- e) 15 minutos

24.- Que significa el que digamos “el cuidado de los pies”

- a) Mantenerlos limpios y secos
- b) Tener cuidado al cortar las uñas de los pies y cortarlas cuadradas
- c) Andar siempre calzado con zapatos cerrados, medias limpias y no muy apretadas.
- d) Acudir al podólogo simultáneamente
- e) Ninguna de las anteriores

25.- Entre las prácticas caseras ante las callosidades de los pies

- a) Remojo con agua y jabón
- b) Uso de cremas hidratantes
- c) Revisión Periódica
- d) No cortar los callos
- e) Ninguna de las anteriores

26.- Con que frecuencia Usted se revisa sus pies

- a) Todos los días
- b) De vez en cuando
- c) Un día antes de acudir a la consulta de Diabetes
- d) 2 veces a la semana
- e) Nunca

27.- Con qué frecuencia se aplica las cremas hidratantes en los pies

- a) 2 veces al día
- b) 3 veces al día
- c) Ocasionalmente
- d) 1 vez a la semana
- e) Nunca

28.- Quien le brindo información sobre la práctica del cuidado de los pies

- a) No recibió información
- b) Los medios de comunicación (Radio, Televisor, periódicos, Revista y Intend.)
- c) Los servicios de salud (Ambulatorios y Hospitales)
- d) El personal de enfermería de la consulta Diabetes
- e) Ningunos de los anteriores

29.- La forma de cortarse las uñas que usted usa

- a) Rectas
- b) Cuadradas
- c) Al ras de la piel
- d) Redondeadas
- e) Todas las anteriores

**INFORME DE LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD REALIZADA
AL INSTRUMENTO ELABORADA POR LA LIC. ANGELA MUÑOZ
SOBRE “CONOCIMIENTO QUE TIENE LOS ADULTO MAYORES
DIABETICOS SOBRE EL CONTROL DE SU ENFERMEDAD”
(VARIABLE I) Y “AUTOCUIDADO” (VARIABLEA II)**

VARIABLE I:

El instrumento está conformado por 11 ítems en escala dicotómica (CORRECTO, INCORRECTO), por lo que se aplicó la prueba del KUDER RICHARDSON 20 (KR20), que fue administrado a una muestra de 10 sujetos similar a la población a investigar del estudio propuesto.

El coeficiente KR20 tiene la siguiente fórmula:

$$Kr20=(n/n-1)* (1- (suma varianza ítems/ varianza test))$$

Sustituyendo con los valores calculados, según anexo demostrativos, se tiene que :

$$Kr20= (11/10)*(1- (2,53/ 9,41))=0,83$$

Por lo tanto, la confiabilidad es 0,83, cuyo valor es un BUEN resultado, permitiendo que se utilice el instrumento evaluado para la recolección de la información al grupo de estudio

VARIABLE II:

El instrumento está conformado por 19 ítems en escala dicotómica (CORRECTO, INCORRECTO), por lo que se aplicó la prueba del KUDER RICHARDSON 20 (KR20), que fue administrado a una muestra de 10 sujetos similar a la población a investigar del estudio propuesto.

El coeficiente KR20 tiene la siguiente fórmula:

$$Kr20=(n/n-1)* (1- (suma varianza ítems/ varianza test))$$

Sustituyendo con los valores calculados, según anexo demostrativos, se tiene que :

$$Kr20= (19/18)*(1- (3,04/ 13,04))=0,86$$

Por lo tanto, la confiabilidad es 0,86 cuyo valor es un BUEN resultado, permitiendo que se utilice el instrumento evaluado para la recolección de la información al grupo de estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hoja de información

Estoy realizando una investigación titulada: **Conocimiento de los adultos mayores diabéticos y su relación con su autocuidado. Ambulatorio las Agüitas. Valencia. Estado Carabobo.** Si decide participar en el estudio le realizaré una encuesta, para posteriormente analizar la información recolectada. Además, se revisará con usted el procesamiento que se le dé a la información suministrada.

La participación en el estudio no supone ningún riesgo en su estabilidad laboral y tampoco se verá sometido a ninguna prueba complementaria por ésta situación. Su participación en el estudio tiene un carácter voluntario, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento. La información obtenida tendrá carácter confidencial y será tratada en su conjunto, no de forma individual. Si surgen dudas y preguntas con gusto se las aclararé en cada uno de los encuentros realizados para el desarrollo de la entrevista.

El objetivo general de la investigación es: Determinar la relación entre el conocimiento que tienen los adultos mayores diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: consulta médica de control y medidas terapéuticas y su autocuidado en sus factores: régimen alimenticio, actividad física y cuidados de los pies y quienes acuden a la consulta de Diabetes del Ambulatorio Urbano Tipo II las Agüitas, Municipio Los Guayos, Estado Carabobo.

YO.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con la Lcda. Ángela Muñoz, comprendo que mi participación es voluntaria y comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.

2. Sin tener que dar explicaciones.

3. Sin que esto repercuta en mi estabilidad laboral.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha.

Los Guayos, 2011

Ciudadana

Licda. Yasmina Rodríguez Enfermera Jefe del Distrito Suroeste

Atención: Licda. Aracelis
Enfermera Docente del Distrito

Presente.-

Me dirijo a usted en la oportunidad de enviarle un cordial saludo, y solicitar la autorización para aplicar el instrumento de recolección de información del trabajo de investigación enmarcado dentro de la línea de investigación de la Maestría en Enfermería Gerontología y Geriátrica: “Autocuidado Planificación, Organización y Funcionamiento de la Atención Primaria de la Salud del Adulto Mayor”. La cual tiene como objetivo general determinar la relación entre el conocimiento que tienen los adultos mayores diabéticos sobre el control de su salud en sus factores: consulta médica de control y medidas terapéuticas y su autocuidado en sus factores: régimen alimenticio, actividad física y cuidados de los pies y quienes acuden a la consulta de Diabetes del Ambulatorio Urbano Tipo II las Agüitas, Municipio Los Guayos, Estado Carabobo.

La información recolectada, será de carácter confidencial y utilizada con fines académicos y de investigación en el área de Enfermería Gerontológica y Geriátrica.

Sin otro particular a que hacer referencia se despide usted,

Atentamente,

Licda. Ángela Muñoz