



Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería y Obstetricia  
Carrera de Enfermería

**“ACCIONES DE AUTOCUIDADO Y FACTORES QUE  
INTERVIENEN EN LA ADOPCION DE ESTAS POR LOS  
ADULTOS MAYORES CON PIE DIABETICO GRADO 0”.**

Seminario Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería

**Autores:** Tiare Campos  
Catalina Carrasco  
Camila Castillo  
Romina Eastman  
Claudia Fernández  
Dianela Lagos  
Verónica Morales  
**Docente Guía:** María Raquel Lazcano A.

Valparaíso-Chile  
2008

*“Agradecemos a todas aquellas personas que  
colaboraron en la realización de esta investigación,  
en especial a nuestras familias”*

## INDICE DE MATERIAS

|   | Número de Página |
|---|------------------|
| <b>• CAPITULO 1: INTRODUCCION</b>               |                  |
| - Introducción                                  | 1                |
| - Definición del problema                       | 3                |
| - Definición de términos                        | 3                |
| - Fundamentación del problema                   | 4                |
| - Limitaciones del estudio                      | 6                |
| <br>  |                  |
| <b>• CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL</b>           |                  |
| - Marco Teórico                                 |                  |
| 1. Adulto Mayor                                 | 8                |
| 2. Autocuidado                                  | 12               |
| 3. Diabetes Mellitus y Pie Diabético            | 20               |
| 4. Abordaje Psicológico de la Diabetes Mellitus | 34               |
| - Objetivos                                     | 49               |
| - Definición y Operacionalización de Variables  | 51               |
| <br>  |                  |
| <b>• CAPITULO 3: METODOLOGIA</b>                |                  |
| - Tipo de Diseño de la Investigación            | 57               |
| - Definición del Universo- Población en estudio | 57               |
| - Diseño Muestral                               | 57               |
| - Método de Recolección de Datos                | 58               |
| - Descripción del Instrumento                   | 58               |
| - Estudio de Confiabilidad del Instrumento      | 59               |
| - Criterios de Análisis                         | 59               |
| - Organización del Trabajo en Terreno           | 60               |

• **CAPITULO 4: RESULTADOS**

- Resultados Descriptivos de las Acciones de Autocuidado 62
- Resultados Descriptivos de los Factores que intervienen en el Autocuidado 65

• **CAPITULO 5: DISCUSION, RESUMEN Y RECOMENDACIONES**

- Conclusión 70
- Recomendaciones 73
- Resumen 75
- Abstract 76

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 77**

**BIBLIOGRAFIA GENERAL 78**

**ANEXOS**

- Anexo 1: Antecedentes de la Muestra 81
- Anexo 2: Otros datos recogidos 83
- Anexo 3: Instructivo para aplicación de cuestionario y test de conocimientos 88
- Anexo 4: Cuestionario 93
- Anexo 5: Test de Conocimientos 101

## INDICE DE GRAFICOS

|  | Número de página |
|--|------------------|
| <b>Gráfico N°1:</b> Alimentación en el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0  | 62               |
| <b>Gráfico N°2:</b> Tratamiento Farmacológico en el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0   | 63               |
| <b>Gráfico N°3:</b> Actividad Física en el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0  | 63               |
| <b>Gráfico N°4:</b> Cuidados de los Pies en el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0  | 64               |
| <b>Gráfico N°5:</b> Asistencia a Controles de Salud en el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0                                       | 64               |
| <b>Gráfico N°6:</b> Ambiente Seguro en el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0   | 65               |
| <b>Gráfico N°7:</b> Situación Afectiva en el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0  | 65               |
| <b>Gráfico N°8:</b> Etapa de Aceptación de la Enfermedad en que se encuentra el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0                 | 66               |
| <b>Gráfico N°9:</b> Factor Cognoscitivo en el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0   | 66               |
| <b>Gráfico N°10:</b> Factor Conductual en el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0  | 67               |
| <b>Gráfico N°11:</b> Organización de los Recursos Económicos en el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0                              | 67               |
| <b>Gráfico N°12:</b> Nivel de Conocimientos en el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0   | 68               |
| <b>Gráfico N°13:</b> Sexo  | 81               |
| <b>Gráfico N°14:</b> Escolaridad   | 81               |
| <b>Gráfico N°15:</b> Persona con la cual vive el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0  | 82               |
| <b>Gráfico N°16:</b> Años de Evolución de la Diabetes  | 82               |
| <b>Gráfico N°17:</b> Motivos de Incumplimiento de las Indicaciones de Alimentación en el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0        | 83               |
| <b>Gráfico N°18:</b> Motivos que Dificultan el Cumplimiento del Tratamiento Farmacológico en el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0 | 83               |
| <b>Gráfico N°19:</b> Motivos por los cuales el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0 ha   | 84               |

interrumpido su tratamiento

|  |    |
|--|----|
| <b>Gráfico N°20:</b> Otro Tipo de Actividad Física que realiza el Adulto Mayor con Pie diabético grado 0     | 84 |
| <b>Gráfico N°21:</b> Frecuencia del Consumo de Cigarrillos   | 85 |
| <b>Gráfico N°22:</b> Frecuencia de Consumo de Alcohol  | 85 |
| <b>Gráfico N°23:</b> Persona o Medio que Entrega Información sobre el Cuidado de la Diabetes y Pie Diabético | 86 |
| <b>Gráfico N°24:</b> Tipo de Medicina Alternativa que Utiliza  | 86 |
| <b>Gráfico N°25:</b> Persona de quien recibe ayuda en el Cuidado de la Diabetes y de los Pies                | 87 |
| <b>Gráfico N°26:</b> Tipo de Grupo Comunitario al cual pertenece   | 87 |

# **CAPITULO 1**

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad el aumento de la población de adultos mayores ha generado un cambio epidemiológico, que se refleja en el índice de prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas.

La senectud genera una serie de transformaciones físicas, psíquicas y sociales, que los adultos mayores deben comprender, admitir y adaptarse a éstas. A veces estos cambios pueden ser más difíciles debido a estilos de vida poco saludables: la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el tabaquismo, el estrés, entre otros.

Una de las patologías crónicas con mayor prevalencia en la tercera edad es la Diabetes Mellitus tipo II con posible desarrollo del pie diabético, que es la complicación más frecuente de esta enfermedad, causando el mayor número de hospitalizaciones en personas que padecen esta afección, siendo a su vez la primera causa de amputaciones mayores de origen no traumático.

De esta manera las prácticas de autocuidado y los factores que intervienen en su adopción, requieren del conocimiento de la promoción y de las medidas de prevención, sumado al esfuerzo personal, para sobrellevar esta enfermedad y sus complicaciones, que permitan a los usuarios optar por una mejor calidad de vida.

El aporte de esta investigación para la práctica de Enfermería consiste en describir las acciones de autocuidado y los factores que influyen en la adopción de éstas, por el adulto mayor con pie diabético grado 0, para facilitar a futuro la **identificación de la necesidad de capacitación** que requieren estos adultos mayores en las prácticas de autocuidado, que deberá ser considerada en el control de enfermería, pudiendo ser evaluada, corregida o reforzada en este usuario.

## DEFINICION DEL PROBLEMA

¿Qué acciones de autocuidado y qué factores intervienen en la adopción de éstas por los adultos mayores con pie diabético grado 0 según clasificación de Wagner, controlados en CESFAM Reina Isabel y Nueva Aurora; en los Centros de Atención Primaria Barón, Quebrada Verde, Quilpué y Periférico de Villa Alemana; y el Consultorio del Adulto de Valparaíso, pertenecientes a la Quinta región, en el mes de Octubre del 2008?

## DEFINICION DE TERMINOS

- **Adulto Mayor:** Para está investigación se considerará a hombres y mujeres de 60 años y más portadores de diabetes mellitus, con pie diabético grado 0 controlados en los establecimientos de salud del estudio.

## FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

El pie diabético es la complicación que mayor número de hospitalizaciones ocasiona en la población diabética chilena y es la principal causa de hospitalización prolongada en la salas de medicina y cirugía general de los centros de atención de Chile. Se presenta en la diabetes tipo 1 y 2 una prevalencia entre un 5,3% y un 10,5%, respectivamente. La persona diabética presenta un riesgo acumulado de ulceración de un 15% durante su vida<sup>1</sup>.

El pie diabético corresponde a la primera causa de amputaciones mayores de origen no traumático. Las personas diabéticas presentan un riesgo 10 veces mayor respecto a la población general de requerir una amputación, con tasas que alcanzan a 2,8% del total de ellos<sup>1</sup>.

En Chile:

- En el año 2000, el Servicio de Salud Metropolitano Central de Chile realizó un estudio de las evaluaciones del pie en riesgo entre su población diabética. Los resultados revelaron que de 6.473 usuarios diabéticos bajo control, un 63% tenía evaluación anual del pie, encontrándose una frecuencia de pie de alto riesgo (20 o más puntos de acuerdo a la norma de evaluación año 1996) de 36,6% en la población evaluada y un 13,6% de amputaciones entre esta última, lo que da una tasa de amputaciones de 40/100.000 adultos de 20 y más años para ese Servicio de Salud.
- De acuerdo a cifras del Ministerio de Salud de Chile del año 2002, obtenidas a través del instrumento de medición de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos, DiabCare/Qualidiab, respecto a prevalencia e incidencia, se encontraron 2.763 y 1.468 casos respectivamente en los 16 Servicios de Salud que entregaron

información, lo que corresponde a 6.000.000 de pacientes beneficiarios del Sistema Público de salud Chileno.

- Según cifras obtenidas del FONASA y aplicando las tasas mundiales de frecuencia de amputaciones de origen en patología diabética (sobre el 50% del total), se puede inferir un mínimo total de 800 amputaciones mayores (supra e infrarrotulianas) por año.

En base a estas cifras se plantea como grupo objetivo los usuarios con patología de pie diabético grado 0, mayores de 60 años, de sexo masculino y femenino, en los cuales se hace necesario describir las acciones de autocuidado y los factores que interfieren en la adopción de éstas por el adulto mayor con pie diabético que influirán en la progresión de la enfermedad y sus futuras complicaciones. La diabetes implica una modificación de los estilos de vida en la cual influyen diversos factores biopsicosociales, que llevarán al paciente a diversos grados de adhesividad al tratamiento, repercutiendo directamente en la mantención y logro de su funcionalidad y óptima calidad de vida.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

No existieron limitaciones para este estudio, sin embargo no se desconocen dificultades en el desarrollo de la investigación, las que no trascendieron en ésta.

## **CAPITULO 2**

## MARCO CONCEPTUAL

### 1. ADULTO MAYOR

#### Aspectos Generales del Adulto Mayor

El aumento de la población de adultos mayores nos ha mostrado que los individuos llegan a la vejez extrema padeciendo más enfermedades crónicas que agudas. Es por esta razón que adquiere gran importancia la disponibilidad de servicios y apoyos adecuados a nivel comunitario, que favorezcan las probabilidades de conservar una buena salud y la independencia funcional en los adultos mayores.

A nivel cognoscitivo los adultos mayores experimentan desaceleración de los procedimientos intelectuales, tendencia al olvido (memoria a corto y largo plazo), confusión y en general, senilidad. En cambio constituyen factores protectores en este grupo etario la salud cardiovascular controlada, el entorno estimulante, los niveles de escolaridad superior, el estado laboral y los ingresos constituyen factores protectores en este grupo etario.

Por los cambios de los sistemas y aparatos del cuerpo humano que se relacionan con el envejecimiento, a nivel cardiovascular, es importante fomentar el ejercicio constante, el control de peso, el control de presión arterial, la prevención del estrés, la erradicación del cigarro, del alcohol y estar atento a las reacciones de los medicamentos. En el aparato respiratorio se destaca, fomentar un consumo adecuado de líquidos y la aplicación de inmunizaciones anuales contra la influenza. Para el sistema tegumentario evitar la exposición al sol. En la vida sexual, la enfermera debe explicarles que la actividad sexual varía de una persona a otra y se relaciona con la conducta sexual en

etapas previas. A nivel digestivo fomentar la limpieza dental, la asistencia a controles, la alimentación fraccionada, una dieta rica en fibras, baja en grasas y con hábitos de evacuación intestinal periódicos. Refiriéndose a la salud ósea, la osteoporosis es un problema común en las mujeres adultas mayores, por ello se debe fomentar una alta ingesta de calcio, una dieta con bajo contenido de fósforo y el uso de complementos de calcio, vitamina D y estrógenos. Por otra parte el sistema nervioso aumenta el tiempo de reacción, por lo tanto, están en riesgo de sufrir accidentes y lesiones. Por la disminución en el funcionamiento de los órganos de los sentidos, se recomienda el uso de gafas para el sol, una iluminación adecuada en el hogar y lentes de aumento para leer. En el sistema inmunitario el anciano presenta una disminución de las defensas, que le confiere una mayor susceptibilidad a infecciones. Sus respuestas a las enfermedades se basan en: dolor y fiebre, efectos emocionales y efectos generales.

Los trastornos de salud mental del adulto mayor son: el estrés relacionado con la ancianidad y con los mecanismos de resolución a los cambios del envejecimiento normal, a las incapacidades derivadas de las enfermedades crónicas, a las pérdidas sociales y la muerte de seres queridos. Destaca la depresión; que es el trastorno emocional más común en la vejez. La depresión modifica la calidad de vida personal, incrementa el riesgo de suicidio y su duración es indefinida. Sus signos son tristeza, disminución de la memoria y capacidad de concentración, sensación de culpa o falta de valor personal, alteraciones del sueño y apetito, con repercusiones a nivel nutricional.

El síndrome o trastorno mental orgánico, que puede presentarse en los adultos mayores, describe un grupo de síntomas relacionados con disfunción patológica encefálica. Los síndromes más comunes son el delirio, que suele ser agudo, y la demencia, usualmente crónica.

Las enfermedades crónicas y trastornos comunes del bienestar general del adulto mayor son: la incontinencia urinaria, la fatiga, las cefaleas, la dorsalgia, los trastornos del sueño, la pirosis e indigestión, la disnea y los trastornos de los pies.

Es importante considerar que el proceso de envejecimiento en el adulto mayor es una fase dura y difícil, por ello es fundamental que éste tome conciencia de los cambios propios de esta etapa para encontrar la manera de optimizar la calidad de vida. La enfermera participa en este proceso de adaptación en forma conjunta con los adultos mayores, ya que deben determinar lo que es más importante para ellos y planificar los objetivos correspondientes para su tratamiento y control. En este aspecto se deben considerar las teorías del envejecimiento, las biológicas y las psicosociales, para comprender más claramente los fenómenos que afectan la salud y el bienestar de estas personas.

Inserto en las teorías biológicas del envejecimiento se encuentran las teorías estocásticas, las que proponen que los cambios fisiológicos del proceso de envejecimiento se deben a la acumulación de varios tipos de lesiones celulares, mientras que las teorías no estocásticas postulan la existencia de un mecanismo fisiológico que controla el proceso de envejecimiento. Las teorías psicosociales consideran las teorías del desacoplamiento que afirman que los adultos mayores se apartan de sus funciones habituales y se enfocan en actividades centradas en ellos mismos, los adultos mayores y la sociedad se separan uno del otro; la teoría de la actividad afirma que para envejecer con éxito es necesario continuar con las actividades realizadas durante la madurez y si éstas no pueden ser continuadas por circunstancias propias del individuo, es importante su sustitución por otras elegidas por la misma persona; la teoría de la continuidad sostiene que la personalidad continua siendo la misma y que la conducta se vuelve más predecible a medida que las personas envejecen.

El abordaje de los diversos problemas de salud, como la polifarmacia y a veces la automedicación que debe enfrentar el adulto mayor se hace a través de la intervención de enfermería, que tiene por objetivo mejorar y mantener las necesidades e intereses de salud de estos pacientes, orientando las actividades de promoción de la salud con respecto a una nutrición adecuada, al ejercicio regular, al no consumo de cigarrillos y a favorecer las actividades preventivas. Con respecto a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias, entre otras, las acciones de enfermería se deben enfocar al apoyo de la autovalencia y la capacidad para el autocuidado favoreciendo el cumplimiento correcto de los tratamientos farmacológicos preescritos.

Otro aspecto importante que debe abordar el profesional de enfermería en el adulto mayor es la prevención de caídas, considerando que un 50% de las causas de éstas son secundarias a accidentes por tropiezos y resbalones por presencia de desniveles y a accidentes por interacciones entre riesgos ambientales y factores que aumentan la susceptibilidad.

Entre los factores que se definen asociados a las caídas en la persona mayor merecen destacarse los cambios en el control postural, los cambios en la marcha, las alteraciones médicas y neuropsíquicas, además de los factores ambientales. Estos últimos deben ser modificados con el fin de lograr un ambiente seguro en el hogar, realizando acciones que mejoren aspectos tales como la falta de disponibilidad de barras de sujeción, los escalones irregulares, las barandas inadecuadas, las alfombras y los tapetes gastados. Se recomienda instalar un pasamanos seguro y firme en todas las escaleras de la casa a ambos lados y si éstas son resbaladizas cubrir con un antideslizante especial, las alfombras de las escaleras deberán estar en perfecto estado y firmemente pegadas, y finalmente, los escalones del exterior de la casa deberán estar en buen estado.

Es con este fin, que existen bases teóricas que sustentan estas intervenciones y permiten comprender el autocuidado y mejorar la práctica clínica del profesional de enfermería.

## **2. AUTOUIDADO**

### **2.1. Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado por Dorotea Orem**

Dorotea Orem describe su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, que señala el por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría del déficit de autocuidado, que explica como la enfermería puede ayudar a las personas, y la teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que se deben mantener para que se produzca la enfermería.

#### **Conceptos principales de la teoría de Dorotea Orem**

##### **Autocuidado:**

Es la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar<sup>2</sup>.

### **Requisitos de autocuidado:**

Es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del desarrollo y funcionamiento humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende el factor que se debe controlar para mantener un bienestar y la naturaleza de la acción requerida <sup>2</sup>.

### **Requisitos del autocuidado universales:**

Los objetivos requeridos universalmente que se deben alcanzar mediante el autocuidado o cuidado dependiente tienen sus orígenes en la integridad estructural y funcional humana a través de las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen 6 requisitos:

- El mantenimiento del aporte de aire, agua y alimentos suficientes.
- La provisión del cuidado asociado con los procesos de eliminación.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. Lo normal se define como aquello que es esencialmente humano y acorde con las características genéticas, constituciones y con el talento de las personas<sup>2</sup>.

### **Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud:**

Las características de la desviación de la salud como condicionantes que se expanden a lo largo del tiempo, determina los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas.

La enfermedad o lesión no solo afecta a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integrado.

En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico y tratamiento.

La complejidad del auto cuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

### **Necesidades de autocuidado terapéutico:**

Conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona.

### **Acciones de autocuidado:**

Es la habilidad adquirida compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, actividad y desarrollo humano y promueven el bienestar.

### **Agente:**

Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción<sup>2</sup>.

**Agente de cuidado dependiente:**

Es el adolescente o adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de cuidado de otras personas que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de esas personas<sup>2</sup>.

**Déficit de autocuidado:**

Es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente<sup>2</sup>.

**Actividad enfermera:**

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como tal, dentro del marco de una relación interpersonal legítima para actuar, saber y ayudar a las personas a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y regular el desarrollo o el ejercicio de dicha actividad<sup>2</sup>.

**Diseño enfermero:**

Es una actividad profesional desarrollada que tiene como objetivo ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras, constituyen una pauta que guía la producción de la enfermera.

**Sistemas enfermeros:**

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado.

**Principales Supuestos de la Teoría de Dorothea Orem<sup>2</sup>**

- Los seres humanos requieren estímulos continuos y deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
- La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita a través del cuidado por uno mismo y por otros, para identificar las necesidades y los estímulos necesarios.
- Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás.
- La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios con el fin de identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
- Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades.

## **Teorías de Dorothea Orem**

### **Teoría de sistemas enfermeros:**

Señala que la enfermería es una acción humana. Los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación.

### **Teoría de déficit de autocuidado:**

Supone que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado.

### **Teoría del autocuidado:**

El autocuidado es una acción deliberada del hombre que debe llevar a cabo por sí sola o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado se debe aprender.

## 2.2. Factores que influyen en el autocuidado de un adulto mayor

### Factores psicosociales: Seguridad y Autoestimación

El ser humano es un ser social que requiere de la compañía de otros individuos para sentirse bien en el mundo. Su seguridad es en gran parte una necesidad cultural, y por ello depende de que se sienta a salvo y cómodo en sus relaciones con otras personas y protegido físicamente de los factores perjudiciales del ambiente. Esta sensación de seguridad deriva de una serie de elementos, que incluye: la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, el sentir que puede llevar a cabo sus actividades de la vida diaria sin temor, los sentimientos de pertenencia a la especie humana y de que es parte de un sector específico de ella, así como también requiere de amor y compañía de otra persona, atención y conocimiento de otras. En consecuencia la comunicación es un elemento esencial en la seguridad a la cual se suma un concepto realista de la propia persona.

La autoestimación, entendido como el sentimiento que tiene el individuo de sí mismo<sup>3</sup>, implica una valoración autocrítica, aquí la persona se compara constantemente con los parámetros que ella misma estableció. Se dice que la autoestimación es clave en la conducta de la persona e influye en el proceso de pensamiento, emociones, deseos, valores y metas; y que posee dos aspectos interrelacionados, el primero es la confianza en sí mismo y el segundo es el respeto por sí mismo.

Gran parte de la autoestimación de una persona deriva de cómo percibe su bienestar físico, lo que se denomina imagen corporal y refleja tanto el cuadro mental que tiene de ella, como las actitudes hacia su cuerpo y las diversas partes y funciones que son producto de su socialización.

En cuanto al desarrollo de la seguridad y la autoestimación, se ha establecido su origen desde los inicios de la vida, sin embargo, a medida que el individuo pasa de una etapa a otra el significado de éstas va cambiando, es así como en la vejez, la seguridad depende parcialmente de medios económicos y en cierto porcentaje de la capacidad para adaptarse a la situación de dependencia de otros.

Algunos problemas comunes que pueden afectar tanto la seguridad como la autoestimación se relacionan con las fuentes de estrés del enfermo. Muchas de las inseguridades que experimentan los pacientes podrían evitarse si fuera factible eliminar éstas fuentes. Otras más comunes son los impedimentos reales, posibles e imaginarios para la satisfacción de las necesidades básicas, en donde las personas físicamente enfermas suelen estar atemorizadas con respecto al dolor, la muerte, la pérdida de un órgano o de su vida. El temor a lo desconocido es una de los principales fuentes de estrés en personas que acuden a una institución familiar, ya que dependiendo de la época de vida de una persona ocurren cambios importantes cuando se pasa de una etapa del desarrollo a otra, a partir de lo cual el individuo se pregunta si podrá afrontar las exigencias que le impondrán las etapas siguientes. Finalmente influyen otros cambios en la vida causantes de estrés, tales como cambios en el trabajo, variaciones en la salud personal o familiar, trastornos económicos, muerte y problemas de desplazamientos.

### **Factores biológicos y ambientales**

Existen múltiples factores que influyen en la autonomía del adulto mayor. Participan “factores intrínsecos” que son aquellos relacionados con el paciente (fisiológicos o patológicos), tales como un enlentecimiento en los reflejos posturales, enfermedades orgánicas, el deterioro funcional y el uso de algunos fármacos (especialmente psicofármacos e hipotensores) y por otra parte los “factores extrínsecos”

(ambientales), como una mala iluminación, objetos que faciliten un tropiezo o resbalón, escaleras, pavimento irregular y piso con desniveles. Estos factores que pueden ser parcialmente corregidos al ser pesquisados en la evaluación clínica.

El autocuidado es uno de los aspectos más importantes en el tratamiento de las enfermedades crónicas, adquiriendo diversas tareas y hábitos de vida según las necesidades que se vean afectadas en la patología. En el caso de la diabetes mellitus cobra gran importancia este aspecto, ya que las complicaciones de ésta repercuten de manera importante en la calidad de vida del individuo.

### **3. DIABETES MELLITUS Y PIE DIABÉTICO**

#### **3.1. Diabetes Mellitus Tipo II**

La Diabetes Mellitus es una patología endocrina que se genera por falta o resistencia a la hormona insulina.

##### **Período preclínico**

La Diabetes Mellitus tipo II se conoce como síndrome metabólico en que se presentan 3 eventos fisiopatológicos:

- Trastorno de la secreción de insulina.
- Resistencia periférica de la insulina
- Producción excesiva de glucosa hepática.

Es una enfermedad con sintomatología escasa en un inicio, por lo que su diagnóstico se efectúa en un 50% de los casos por exámenes solicitados por otras causas y no por sospecha clínica. Este tipo de Diabetes aumenta con la edad, obesidad e inactividad física y habitualmente se asocia a otras patologías de alto riesgo cardiovascular como son hipertensión y dislipidemia.

Los principales factores de riesgo asociados a la Diabetes Mellitus tipo II son los siguientes:

- Herencia
- Estrés
- Edad y sexo
- Sedentarismo
- Obesidad y sobrepeso
- Dislipidemia
- HTA
- Grasa abdominal: (circunferencia de cintura en hombres mayor a 102 cm. Y en mujeres mayor a 88 cm.)
- Tabaquismo

### **Período subclínico**

En la diabetes tipo 2 el defecto básico es la resistencia de los tejidos periféricos a la acción de la insulina y en menor grado, una deficiencia relativa de secreción de la hormona. La mayoría de expertos considera que la resistencia a la insulina es el fenómeno primario, mientras que la deficiencia de la secreción, aparece como resultado de la hiperglucemia sostenida y la sobreestimulación persistente de la célula beta.

La resistencia a la insulina bien puede estar genéticamente determinada, como es el caso de los sujetos con historia familiar de esta enfermedad, o se presenta como resultado de un exceso de hormonas de contrarregulación, o bien por efecto del tratamiento con medicamentos inductores de resistencia a la insulina.

La diabetes tipo 2 exhibe tres fases bien definidas: en primer término se presenta un estado de resistencia periférica a la insulina, asociado a cifras normales de glucemia, pues hay un incremento de la producción de esta hormona; en una etapa ulterior, a medida que la resistencia a la acción hormonal es más prominente, la hiperproducción de insulina no es suficiente para controlar las cifras de glucosa en sangre y, en consecuencia, aparece hiperglucemia postprandial. Por último, ocurre la insuficiencia de las células beta y disminuye la síntesis de insulina, de modo que aparece hiperglucemia en ayuno.

### **Período clínico**

Se observa la triada conocida por la aparición de polidipsia, poliuria y polifagia agregándose náuseas, vómitos, cefalea, variaciones de peso, cambios en el estado de ánimo, sudoración, fatiga, visión borrosa, retardo en la cicatrización, infecciones de la piel, ITU.

La sintomatología la mayoría de las veces suele ser inespecífica, lo que conlleva a un retraso en el diagnóstico, ya que los adultos consultan por otros motivos como infecciones del tracto urinario, vulvovaginitis, entre otros.

El tratamiento en el paciente compensado considera:

### **Tratamiento no farmacológico**

#### **Ejercicio físico**

Tiene múltiples beneficios tales como la captación de glucosa por el músculo, potencia la acción de la insulina y disminuye los niveles de colesterol y triglicéridos, aumentando los de colesterol HDL que movilizan grasa desde la circulación general y finalmente ayudan a controlar la presión arterial y mejorar los niveles de hemoglobina glicosilada.

Se recomienda realizar:

- Caminata de 30 minutos tres veces por semana
- Hidratación con 1 litro de líquido 2 hr antes
- Debe considerar evaluación médica previa.
- Calentamiento previo 5-10 min
- Debe existir fase de enfriamiento de 5-10 min

#### **Terapia nutricional**

El objetivo de esta terapia en el paciente diabético tipo 2, es la reducción de peso que es el principal factor de prevención, ya que la obesidad ocasiona mayor resistencia a la insulina.

### **Abandono de drogas: hábito tabáquico y consumo de alcohol.**

El consumo de drogas por parte de los diabéticos provoca que el manejo de la diabetes se dificulte, entorpeciendo el control de los niveles de glucosa, lo cual se presenta frecuentemente como síndromes y trastornos atípicos. Por otro lado, el abuso de estas sustancias es un factor importante para la falta de adherencia al tratamiento, lo que es una de las causas de descompensación metabólica aguda.

En el caso del tabaco se ha confirmado que fumar causa un aumento temporal de los niveles de glucosa en sangre; la exposición crónica al humo del tabaco induce la alteración de la tolerancia a la glucosa. El consumo de cigarrillos altera la sensibilidad de los órganos y tejidos de una persona a la acción de la insulina.

Los fumadores crónicos tienen una menor sensibilidad a la insulina, la que se normaliza tras semanas o meses de suspender el hábito tabáquico.

Se ha documentado que el tabaco está asociado con la obesidad central, que es un factor importante relacionado con la insensibilidad a ésta hormona. El consumo de nicotina aumenta los niveles de cortisol, que altera los efectos de la insulina.

El consumo de tabaco induce cambios en los vasos sanguíneos, esto altera la sensibilidad a la insulina al reducir el flujo sanguíneo hacia el tejido muscular. Los niveles de ácidos grasos libres en sangre son elevados en fumadores. Estos ácidos grasos, que se derivan originalmente de las grasas, compiten con la glucosa como fuentes de energía para abastecer los músculos. Esto contribuye con la insensibilidad a la insulina. Otros mecanismos que contribuyen con la alteración de la tolerancia a la glucosa son los efectos tóxicos directos sobre las células secretoras de insulina del

páncreas de la nicotina, el monóxido de carbono, u otros componentes químicos del tabaco. El consumo de cigarrillo causa la inflamación de las paredes de los vasos sanguíneos, además de estrés oxidante. Esto, a la vez aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, y perjudica la tolerancia a la glucosa.

Con respecto al consumo de alcohol en la persona con diabetes, éste produce una hiperglicemia precoz, debido a los hidratos de carbono que contiene, seguida de una hipoglicemia, producida por la interferencia del alcohol en la capacidad del hígado en transformar en glucosa el glucógeno que tiene almacenado, lo que provoca un rápido descenso en la glicemia.

La ingesta de cantidades moderadas de alcohol entorpece la percepción de la hipoglicemia, ya que los síntomas y signos son similares a los resultantes de una ingesta de alcohol. Se incluye la fatiga, la desorientación y el mareo.

### **Tratamiento farmacológico**

**Hipoglicemiantes orales:** El uso de estos fármacos apoya la terapia en Diabetes Mellitus tipo 2, existen los siguientes tipos:

**Insulino terapia:** La insulina es un polímero de 3 cadenas que intenta reproducir el patrón normal de la insulina humana.

**Medicamentos herbarios tradicionales:** Existen diversas clases de plantas medicinales que se mencionan en el “Listado de Medicamentos Herbarios Tradicionales”<sup>4</sup> aprobado por el Ministerio de Salud. Se destaca la hierba “pata de vaca” por su efecto hipoglicemiante

### 3.2. Pie Diabético

Esta resistencia a la insulina lleva a altos niveles de glucosa en la circulación sanguínea, lo que facilita el desarrollo de tres tipos de complicaciones: las macrovasculares, las microvasculares y las neuropatías. La neuropatía periférica corresponde al grupo de enfermedades que afectan todo tipo de nervios, en esta categoría encontramos el pie diabético.

El pie diabético corresponde al pie de personas diabéticas, las cuales, por la sola existencia de su diabetes, sufren de alteraciones que las llevan a presentar riesgo de lesiones y amputaciones.<sup>5</sup>

Existen 3 categorías de pie diabético:

- *Sin lesiones*, pero con alteraciones sensitivas al test del monofilamento.
- *En riesgo*, con lesiones de pre-ulceración como hiperqueratosis, deformidades y otros.
- *Activo*, aquel con lesión ulcerada.

Las lesiones pueden corresponder a hiperqueratosis, deformidades osteoarticulares y otras, para llegar a ulceraciones activas, tanto de la planta como de los bordes del pie o dorso de ortejos y uñas, incluyendo el área de apoyo del talón en personas postradas, asociadas o no a infección, lesiones óseas y alteraciones cutáneas en vecindad.

#### **Fisiopatología**

Las lesiones del pie diabético se distribuyen en dos grandes grupos básicos, neuropático e isquémico. Ambos requieren de manejo médico prolongado para obtener

su cicatrización. A lo anterior suele asociarse un cuadro séptico de agresividad variable, potencialmente crítico y con riesgo de sepsis sistémica.

**Diferenciación fisiopatológica Pie diabético  
Neuropático / Neuroisquémico - isquémico**

|                       | <b>Neuropático</b> | <b>Neuroisquémico - isquémico</b> |
|-----------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Localización úlcera   | Plantar            | Ortejos, bordes del pie           |
| Pulsos                | Presentes          | Ausentes o disminuidos            |
| Hiperqueratosis       | Sí                 | No                                |
| Deformidad pie        | Sí                 | Poco frecuente                    |
| Sensibilidad al dolor | No                 | Sí                                |
| Propiocepción         | Disminuida         | Normal o disminuida               |
| Temperatura cutánea   | Aumentada          | Disminuida                        |

*Gobierno de Chile MINSAL. Norma Clínica. Manejo Integral del Pie Diabético.*

*Pp: 8, Año 2006*

El **subgrupo neuropático** representa un 60% del total y se define como la existencia de lesiones debidas a la pérdida de sensibilidad del pie y la ulceración aguda o crónica secundarias a lo anterior. Puede presentar lesiones plantares, del borde del pie o del dorso de los ortijos secundarias a las deformidades del pie, con lesiones sépticas repetidas, de manejo relativamente simple en términos técnicos, pero que requiere de claridad en prioridades y esquemas terapéuticos para su manejo eficaz y costo-efectivo.

El **subgrupo isquémico** representa el 10% del total, se caracteriza por la aparición de lesiones secundarias a la falta de irrigación adecuada de un segmento determinado.

La ausencia de pulso orienta hacia la existencia de posibles problemas de irrigación, pero en sí misma no permite hacer el diagnóstico, el cual corresponde a la suma de lo siguientes factores:

- Existencia de úlcera y/o dolor de reposo, que no cede con analgesia habitual y que persiste más de dos semanas
- Disminución de la presión sanguínea por debajo de niveles predeterminados:
- A nivel maleolar por debajo de los 50 mm Hg
- A nivel transmetatarsiano por debajo de los 30 mm Hg

El 30% restante corresponde a un grupo denominado “**neuroisquémico**”, en el cual coexisten las alteraciones neuropáticas e isquémicas, manteniéndose como asintomáticos en lo vascular, mientras no existan lesiones, pero una vez iniciadas las mismas se comportan como isquémicos, pudiendo requerir manejo de revascularización para su cierre. El manejo inicial del cuadro puede lograr limitar el daño, con el fin de disminuir la necesidad de revascularizaciones.

En la actualidad se continúa utilizando la clasificación de las úlceras según esquema propuesto por Wagner.

### **Clasificación de Wagner**

- Grado 0: Pie en riesgo, incluye deformidades de los pies, callosidades, hiperqueratosis, infecciones crónicas, pelo disminuido y onicomicosis
- Grado I: Herida o úlcera superficial.
- Grado II: Herida o úlcera profunda, compromiso de tendones.
- Grado III: Herida o úlcera con compromiso óseo.
- Grado IV: Gangrena localizada.
- Grado V: Gangrena del pie.

El pie diabético requiere manejo altamente complejo y avanzado, de alto costo técnico y de escasa accesibilidad en el sistema público chileno.

### **Cadena Fisiopatológica del Pie Diabético**

La ulceración es consecuencia de una cascada de eventos de diversa importancia.

- Neuropatía: la cadena hacia la ulceración involucra tres formas de neuropatías: sensorial, motor y autonómica.
- Deformidad e hiperqueratosis: consecuencia directa de la existencia de neuropatías, gatillando áreas de hiperpresión y roce.
- Enfermedad vascular periférica: usualmente asociada a traumas locales de tipo menor, que gatillan una lesión que requiere de un incremento del flujo sanguíneo el que sobrepasa la capacidad fisiológica de respuesta circulatoria de la persona diabética.

La existencia de uno o más de estos factores, asociados a trauma – usualmente menores- finalmente gatillan la ulceración.

### **Factores de riesgo para el desarrollo del pie diabético.**

Paciente:

- Mayor de 60 años.
- Sexo masculino.
- Alcoholismo.
- Tabaquismo.
- Bajo nivel de instrucción.
- Menor ingreso económico.
- Vive solo.

- Rasgos de personalidad incompatibles con la adherencia al tratamiento
- Diabetes Mellitus de larga data.
- Inadecuado control metabólico.
- Retinopatía presente (alteraciones visuales).

Pie:

- Presencia de Neuropatía y Enfermedad Vascolar periférica.
- Deformidades en los pies.
- Hiperqueratosis.
- Ulceras anteriores y amputaciones

### **Signos y síntomas de complicación del pie diabético**

- Cambios de coloración en la piel de los pies.
- Cambios de sensibilidad o presencia de dolor.
- Cambios en la morfología del pie.
- Presencia de lesiones cutáneas, por pequeñas que sean.
- Onicocriptosis.
- Enrojecimiento y dolor del borde lateral de cualquiera de los pies.

En caso de la presencia de éstos se debe educar al usuario sobre la importancia de la consulta inmediata con especialista.

## **Educación del Profesional de Enfermería para el paciente con pie diabético**

El profesional de enfermería cumple el rol de fomentar los cuidados en el paciente diabético considerando que la educación es fundamental en la prevención de la ulceración de las personas diabéticas. Se debe educar a todos los usuarios sobre los riesgos y la prevención de los problemas del pie diabético, especialmente a aquellos con factores de riesgo, incluido el hábito tabáquico o complicaciones previas en los pies. En la educación se debe incluir los siguientes cuidados: autoexamen de pie, precauciones con los pies, precauciones con las uñas, precauciones en los calcetines y precauciones con los zapatos.

### **Auto examen de pie: Educar al usuario a observar e inspeccionar sus pies poniendo énfasis en los 7 siguientes puntos:**

- Punta del primer ortejo u ortejo mayor.
- Base del primer ortejo u ortejo mayor.
- Base del tercer ortejo.
- Base del quinto ortejo.
- Talón
- Borde externo de los pies
- Espacios interdigitales.

### **Precauciones con los pies. Dentro de estas se incluye:**

- No andar descalzo.
- Lavar diariamente los pies en agua tibia, no utilizar agua caliente.
- No remojar los pies.

- Secar prolijamente con especial atención entre los ortejos.
- Lubricar los pies con glicerina, aceite emulsionado o crema sin perfume, excepto cuando existe sudoración excesiva. No lubricar entre los ortejos.
- No utilizar removedores de durezas ni lijas metálicas.
- No utilizar guateros y evitar poner los pies cerca de estufas o braseros.
- Realizar examen diario de pies.

**Precauciones con las uñas. Educar al paciente en los siguientes aspectos:**

- El corte de uñas debe ser recto.
- En caso de que las uñas estén engrosadas, educar al usuario a utilizar una lima de uñas.
- Cortar las uñas periódicamente evitando lesiones en la zona lateral de los ortejos.
- Realizar el corte de uñas en un lugar iluminado.
- En caso de que el usuario tenga una limitación visual, debe solicitar ayuda a otra persona para efectuar el corte de uñas.
- Cortar las uñas inmediatamente después del lavado de pies.
- No utilizar cortauñas.
- Evitar el uso de astringentes, antisépticos u otras sustancias químicas no prescritas.
- El tratamiento de la hiperqueratosis y la onicocriptosis debe ser hecho por un técnico especialista en atención de personas diabéticas.
- No cortar cutícula.

**Precauciones en los calcetines:**

- Utilizar de preferencia calcetines de colores claros, sin acrílico, de hilo, algodón o lana y si es posible sin costuras y sin zurcidos.
- Realizar cambio diario.

- Realizar lavado por el revés.
- Utilizar calcetines con elásticos suaves para mantener una buena circulación sanguínea.
- Revisar sus calcetines antes y después del uso, buscando señales de exudado o lesiones.

### **Precauciones con los zapatos:**

- El calzado del paciente con pie diabético debe ser de horma ancha con suela gruesa, nunca profundo ni con punteras duras, sin costuras interiores, cómodo de tal manera que los ortijos y el pie descansen adecuadamente en su posición natural. Debe ser de material suave que no produzca presión, evitando los cierres elasticados. Evitar el uso de gomas o plásticos en contacto con los pies.
- Los zapatos de seguridad son una excepción en pacientes laboralmente activos y sin atrofia muscular, ya que su diseño redondo y de caja amplia permite su uso con plantillas adecuadas en su interior.
- Comprar calzado preferentemente al final del día.
- Las mujeres deben evitar el uso de taco mayor a 5 cm.
- Evitar el uso de zapatos con caña alta, porque pueden dañar los tobillos.
- Los zapatos nuevos deben ablandarse de forma gradual, usándolos un par de horas cada día.
- Usar zapatos siempre con calcetines o medias, incluso estando en casa.
- Sacudir y revisar de forma manual los zapatos antes de ponérselos.
- Si se usan zapatillas en casa, deben ser lo suficientemente firmes como para proteger el pie de un trauma inadvertido.

#### **4. ABORDAJE PSICOLOGICO DE DIABETES MELLITUS**

La enfermedad crónica puede ser definida como aquel trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista un largo tiempo. Una gran variedad de factores ambientales (entre los que se incluyen los hábitos y estilos de vida, la contaminación ambiental, el estrés, la accidentalidad entre otros) junto con los factores hereditarios, pueden estar implicados en la etiología de estas enfermedades.

Una de las barreras más importantes para el adecuado abordaje de las enfermedades crónicas y sus complicaciones, tal como lo es el pie diabético, es el bajo nivel cultural de algunos pacientes, de ahí que el profesional se esmere en proporcionar la información de la manera mas clara posible. Existen también barreras para que los pacientes puedan poner en práctica los conocimientos adquiridos, esto se debe regularmente al régimen recomendado, pero con más frecuencia obedece a razones de tipo económico, ya que el control estricto de la diabetes supone el uso de materiales diagnósticos y terapéuticos costosos.

Finalmente, conviene insistir en la necesidad de la evaluación del programa educativo, actividad indispensable para conocer la efectividad del mismo. Según el Grupo Diabetes SAMFyC (1998), esta evaluación debe comprender varias áreas<sup>6</sup>:

- La cognoscitiva, que corresponde a la cantidad de conocimientos teóricos que adquirió el paciente.
- La afectiva, enfocada a las actitudes que ha desarrollado la persona en relación con su estado de salud.

- La psicomotriz, que considera las habilidades y destrezas adquiridas.
- El control bioquímico de la enfermedad, que se relaciona con el estado de salud actual.

**El Significado de la Enfermedad de acuerdo al Modelo ADEF** (Ambulatory Diabetic Education and Follow) (Educación en diabetes ambulatoria y continua)

Uno de los supuestos básicos del Modelo ADEF parte del modo como una persona interpreta su enfermedad. A este respecto se señala que el significado depende de varios factores, entre los que se encuentran:

- La extensión del daño o anormalidad de la estructura biológica.
- La gravedad de la función dañada.
- La naturaleza y gravedad de los síntomas.
- La valoración, las normas y expectativas de los otros (red de apoyo social).

En los cambios de estructura anatómica o disfunción fisiológica causados por el proceso de la enfermedad misma, la mayoría de esos factores están relacionados, de alguna manera, con los elementos socioculturales de la persona<sup>6</sup>.

**Calidad de vida y diabetes**

La calidad de vida de una persona con diabetes tipo II dependerá de las habilidades de autocuidado, del apego al tratamiento y de la prevención o adaptación a las complicaciones que se presentan durante la evolución de la enfermedad.

Es un error sostener que la calidad de vida depende del nivel socioeconómico o estatus de la persona, ya que no se necesitan demasiados recursos económicos para alcanzar una calidad de vida "saludable".

Aunque se ha probado que la calidad de vida esta definida por las complicaciones que el individuo presenta en un momento determinado, también se utiliza como referencia la frecuencia y gravedad de los síntomas de la diabetes.

La calidad de vida se ve disminuida cuando las conductas de autocuidado están relacionadas con la percepción de amenaza, además esta calidad de vida medible en una enfermedad específica es sensible a modificarse en cualquier momento, a diferencia de la calidad de vida de la población general.

La relación entre factores psicológicos y el estado de salud de los individuos se caracteriza por su bidireccionalidad, dado que un deterioro en este último puede generar toda una serie de consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales que repercuten nuevamente sobre la salud del individuo, por medio de las dos anteriores, dando una idea de la continua regulación que ambos tipos de factores ejercen entre sí.

### **Síndrome General de Adaptación (SGA)**

El Síndrome General de Adaptación incluye una serie de cambios que se van produciendo en el organismo como consecuencia de la presencia mantenida de un agente estresor o situación de estrés<sup>6</sup>.

El Síndrome General de Adaptación o estrés consta de tres fases, la fase de alarma, la fase de resistencia y la fase de agotamiento o claudicación. En la primera se presentan los cambios orgánicos durante la presencia del estresor y corresponde a la respuesta de "lucha o huida", cuya función es movilizar los recursos del organismo mediante el sistema simpático adrenal; tiene efectos sobre el organismo, como el aumento en la tensión arterial, la glucogenolisis y la lipólisis; además, disminuye la secreción de insulina y aumenta la secreción de la hormona ACTH, de la hormona tiroidea y de los esteroides adrenocorticales.

Si el estímulo continua, la persona pasa a la segunda fase, resistencia al estrés, en la que el organismo se recupera del impacto inicial y tiende a reaccionar con resistencia a la situación, lo que puede prolongarse agotando las reservas del individuo, quien muestra pocos signos externos de estrés, teniendo la capacidad para resistir, mientras que el organismo se debilita y se torna crecientemente vulnerable a problemas de salud.

Posteriormente, en la tercera fase, exhaustiva, agotamiento o claudicación, en donde la enfermedad orgánica se torna muy probable pudiendo llegar a la muerte.

Los trastornos psico-fisiológicos aparecen cuando el período de resistencia se mantiene, lo que produce un deterioro de la energía y los recursos fisiológicos adaptativos del organismo, con el agotamiento resultante de los órganos, que lleva a la aparición de un trastorno como consecuencia del desgaste natural producido por la tensión continua o excesiva.

Por ello, las emociones como la ansiedad, el miedo, la tristeza, la culpa o la alegría son componentes básicos de la condición humana y juegan un papel importante en una función adaptativa y necesaria para la supervivencia de la persona. Estas emociones presentan respuestas en los siguientes aspectos:

- En el aspecto motor, se encuentran las conductas de evitación y escape, la de inquietud motora, las conductas compulsivas e impulsivas, así como la inhibición motriz.
- En el aspecto cognitivo aparece la preocupación, la desmoralización, la aprehensión, la confusión, la dificultad en la concentración y atención.
- En el aspecto fisiológico se presenta la alta activación del sistema nervioso autónomo que trae consigo una serie de cambios fisiológicos como lo es la taquicardia, los mareos, la sudoración, el rubor, la tensión en el estómago y las dificultades respiratorias.

### **Factores que intervienen en la adaptación**

Son diversos los factores que intervienen en la calidad de la adaptación, entre ellos se encuentran el nivel de tolerancia ante la demora en la satisfacción de necesidades del individuo, la cual se desarrolla mediante la socialización; por otro lado, la flexibilidad de los individuos para poder cambiar la fuente de satisfacción de sus necesidades y la posibilidad de buscar en forma continua la satisfacción de dichas necesidades, ya que la persona no tendrá muchos logros si abandona sus metas cuando se le presentan obstáculos.

El ajuste depende del grado de preparación de las personas para enfrentar los cambios y las adversidades de la vida. Éste incluye tres dimensiones, la primera se refiere a que las personas pueden dirigirse hacia diversas metas, ambiciones y deseos, los cuales varían en grado de compromiso y motivación; la segunda considera que las habilidades

de las personas para lograr sus metas dependen de sus capacidades y habilidades de afrontamiento y de las herramientas que han adquirido a lo largo de su vida para poder manejar ciertas situaciones y la tercera postula que es inevitable que ante dificultades o aspectos inciertos el proceso de afrontamiento o su anticipación evoque en el individuo ciertas dudas, ansiedades, miedos, fracasos o frustraciones.

Existe, por lo tanto, una relación entre ajuste y afrontamiento, entendiendo por afrontamiento el esfuerzo cognoscitivo y conductual desarrollado para manejar demandas específicas en situaciones que, de acuerdo con la evaluación del individuo, rebasan sus recursos. En el caso de la diabetes, se refiere a las exigencias del autocuidado, el tratamiento farmacológico y el control glicémico<sup>6</sup>.

### **Fases de adaptación ante la enfermedad crónica**

Muchas de las enfermedades crónicas afectan todos los aspectos de la vida de los pacientes, en estos trastornos existe una fase inicial crítica, en la que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas, tal y como sucede también en el caso de las enfermedades agudas. Con posterioridad, el curso del trastorno crónico implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. Además, los individuos que sufren una enfermedad crónica deben asumir psicológicamente el papel de paciente crónico y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda la vida. A continuación se describen las fases del proceso de adaptación a las enfermedades crónicas:

- **Reacción de choque:** Constituye una respuesta de emergencia y se caracteriza por la presencia de aturdimiento, porque se produce de una forma automática, y ocasiona un distanciamiento de la circunstancia, un sentimiento de estar observando la situación, sin participar en ella. Esta fase puede durar pocos días o puede durar semanas.
- **Reacción de encuentro:** Se caracteriza por un pensamiento desorganizado y sentimientos de pérdida, indefinición y desesperación. El paciente se siente sobrepasado por los acontecimientos, incapaz de razonar y de planificar sus esfuerzos para resolver los problemas que su nueva situación le plantea.
- **Retraimiento:** Durante esta fase el paciente tiende a negar la existencia de la enfermedad o sus implicaciones. Sin embargo, ese tipo de conducta no puede sostenerse porque la situación no cambia, los diagnósticos adicionales la confirman, los síntomas persisten o empeoran, las limitaciones siguen presentes, empujando al enfermo a la siguiente etapa. Esta fase es la puerta para la progresión del paciente hacia una aceptación a su condición.
- **Aceptación:** En esta fase el individuo admite vivir con el padecimiento de la enfermedad y comienza el restablecimiento de su vida, busca información acerca de la enfermedad y modifica ciertos hábitos en el estilo de vida. Los individuos que padecen diabetes deben tomar decisiones sobre su cuidado y tratamiento, promover su propia rehabilitación, reducir las probabilidades de complicaciones futuras y ajustar el estilo de vida y relaciones sociales a su nueva situación de enfermedad; además, está en manos del propio paciente y del personal de salud que apoya esta labor, sobre todo una vez que ya se ha estabilizado.

Finalmente es importante considerar a la enfermedad como un fenómeno psicológico y social, y no sólo como un trastorno biológico, ya que es aquí donde se origina el apego/desapego al tratamiento, el plan de alimentación y a la adaptación emocional de cada persona que padece la enfermedad.

### **Cambios emocionales en las enfermedades crónicas**

Muchos cambios emocionales y de comportamiento se originan en el diabético desde el momento de recibir el diagnóstico hasta que acepta la enfermedad y se enfrenta a ella, dentro estos encontramos los siguientes:

- Negación y rechazo a la enfermedad.
- Sentimientos y pensamientos de muerte o invalidez.
- Conflictos de dependencia-independencia.
- Deficiente identificación sexual.
- Búsqueda de sobreprotección.
- Ansiedad y depresión.
- Anorexia o ingestión exagerada de alimentos.
- Agresividad y culpabilidad.
- Autoagresión y, en ocasiones, suicidio.
- Descuido en la apariencia relacionado con la baja autoestima
- Irresponsabilidad y necesidad de aprobación y atención.

## **Sentimientos de culpa en las personas que padecen Diabetes**

La mayoría de las personas que padecen diabetes se culpan a sí mismas, mientras que otros la delegan a los familiares y/o médicos, estos sentimientos dañan psíquica y orgánicamente a la persona y a la familia.

Dicha culpa tiene efectos en el comportamiento del individuo, ya que se despiertan actitudes de inferioridad, dependencia y rechazo que entorpecen la comunicación y la incorporación social. Muchas personas prefieren no tener contacto o intercambio social con otros individuos, desarrollan hostilidad, desconfianza, depresión, ansiedad y/o desesperación. Por lo general, rechazan la ayuda no solicitada y pueden también estar mezclados los sentimientos de culpabilidad con ira y negación de la enfermedad. Asimismo, todas aquellas variables conductuales y psicológicas que se ponen en juego durante la adaptación a la enfermedad deben ser abordadas mediante recursos internos y externos para evitar problemas no resueltos, o bien, problemas de salud asociados al padecimiento y que de algún modo deberían ser prevenidos. Es necesario identificar las necesidades, orientando la vista a puntos específicos como el apoyo social, el estrés y la intervención del equipo de salud, para movilizar los recursos psicológicos y disminuir alteraciones conductuales físicas y emocionales que repercuten en la salud del individuo.

## **La adhesividad al tratamiento de la diabetes**

La diabetes es una de las enfermedades crónicas que tiene mayor relación con la conducta esto debido, a que si bien la diabetes es una disfunción fisiológica, y por tanto propia del ámbito médico, las condiciones ambientales de las que depende la

regulación de la glucosa, constitutivas en efecto de un régimen de tratamiento, la convierte en un asunto de conducta y por tanto de interés e intervención psicológica<sup>6</sup>.

Los objetivos de cualquier programa de tratamiento de la diabetes son asegurar el cumplimiento de las prescripciones y lograr que los pacientes autorregulen las condiciones de éste a través de acciones de autocuidado, logrando así el mantenimiento de niveles normales de glicemia.

Normalmente las fallas en el tratamiento o el no cumplimiento de éste se atribuyen a la falta de recursos económicos, ignorancia, indiferencia o a un inapropiado sistema de valores, los que constituyen factores incluyentes en la falta de adherencia a las indicaciones médicas, pero que no explican por sí sólo el fenómeno de incumplimiento. Es decir, a pesar de que se entregue la información necesaria ésta no necesariamente va a implicar que se desarrolle un cambio en las conductas de salud de los usuarios.

La adhesión o apego al tratamiento se define como la conducta del individuo que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir el plan de alimentación o transformar su estilo de vida.

Uno de los problemas más referidos en el ámbito de la salud es la falta de adhesión o compromiso terapéutico de las personas, que se traduce en el abandono prematuro de los tratamientos o la falta de disciplina en la toma de medicamentos<sup>6</sup>.

La adherencia al tratamiento implica las siguientes conductas:

- Iniciar y continuar un programa de tratamiento.
- Mantener las horas de consulta y acudir a las revisiones.
- Tomar correctamente los medicamentos prescritos.
- Llevar a cabo las conductas adecuadas, para mantener un buen estilo de vida (alimentación, ejercicio, manejo de estrés).
- Evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud (fumar, beber alcohol, entre otros.).

Además de estas conductas existen distintas bases para atender a las personas con enfermedades crónicas, y supone que a partir de la consideración de éstas se podrá lograr un mayor grado de adhesividad al tratamiento. Las bases son las siguientes:

- La persona que padece la enfermedad puede aprender a manejar su enfermedad y a modificar hábitos.
- La motivación y confianza del paciente son importantes.
- La familia, el centro de trabajo y la institución de salud pueden ayudar o impedir el éxito del paciente.
- La capacidad del paciente para vigilar y responder ante los cambios ocasionados por la enfermedad mejora su capacidad para adaptarse a ésta.
- La identificación conjunta de problemas por parte de médicos, psicólogos y pacientes.
- Enfoque hacia problemas específicos.
- Fijar metas.
- Planeación.
- Atención secuencial de asesoría psicológica, médica y servicios en general.
- Vigilancia activa y sostenida.

El cumplimiento de las prescripciones médicas y la adaptación a los cambios de hábitos de salud son conductas sujetas a las mismas leyes que controlan el aprendizaje, por lo que es fundamental determinar los factores que afectan o regulan la aparición de estas conductas de adhesión. Es así como los profesionales de salud deben reconocer los factores culturales, sociales y psicológicos que se encuentran íntimamente relacionados con las actividades de educación al paciente diabético, los cuales servirán de guía en la comprensión de los motivos que tienen los usuarios para adherirse o no a su tratamiento.

### **Factores que limitan el apego al tratamiento**

Se han definido de manera constante los factores más importantes que limitan el apego al tratamiento, estos incluyen los factores relacionados con el paciente, el tratamiento y la atención médica. A continuación se describen cada uno de ellos:

Factores del paciente:

- Demográficos: edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil, tipo de atención médica (pública o privada), creencias religiosas, factores culturales, lugar de residencia.
- Enfermedad o problema de salud que no produce síntomas por muchos años.
- Enfermedad crónica.
- Falta de consecuencias inmediatas (síntomas, complicaciones) al suspender el tratamiento.
- Socioculturales: concepto salud/enfermedad, concepto de la atención médica.

Factores del tratamiento:

- Tratamiento prolongado o por toda la vida.
- Esquemas complicados o confusos.
- Procedimientos o fármacos de costo elevado.
- Procedimientos dolorosos, fármacos con efectos secundarios molestos o peligrosos.
- Modificaciones excesivas, irreales en los hábitos, costumbres y actividades del paciente.

Factores de la atención medica:

- Tiempo de espera prolongado.
- Duración breve de la consulta (para las expectativas del paciente).
- Baja competencia en los médicos.
- Rotación continua de médicos (nunca es el mismo).
- Programación de citas en horarios que el médico no puede cumplir (por ejemplo en sus vacaciones).

**Los obstáculos que se presentan en forma frecuente para lograr una adherencia al tratamiento son:**

- La modificación en el estilo de vida.

Dada por los cambios y restricciones en la dieta, la modificación de los hábitos de ejercicio físico, el control de situaciones estresantes, el tiempo requerido para la administración de insulina y la medición diaria de glicemia, además de otros cuidados personales generales tales como: prevención de caídas, mantención de la higiene personal, entre otros.

- La ausencia de síntomas.
  - Las complicaciones asociadas tales como ceguera, neuropatía, nefropatía, entre otras, las cuales ocurren a largo plazo, perdiendo así la posibilidad de que las personas las consideren inminentes, por lo cual no les tienen temor en un principio, no constituyendo un factor de adhesión.
  - La ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento.
- Alternativamente, y salvo grandes infracciones, el incumplimiento no siempre produce consecuencias dañinas en forma inmediata.
- La entrega de información no siempre se realiza considerando la promoción de las destrezas que se requieren para el cumplimiento y la satisfacción del paciente. Por lo general no se atiende al estilo de vida del paciente, no se proporciona una adecuada retroalimentación sobre los problemas surgidos y, con frecuencia, son realizados por médicos que desconocen al paciente.
  - La ausencia de conocimientos y habilidades específicas para el adecuado seguimiento del tratamiento.
  - Las consecuencias de un seguimiento correcto son, en muchos casos, más dañinas, desde la perspectiva del usuario, ya que implica un cambio en su estilo de vida. Los componentes del tratamiento, tales como el plan de alimentación y el ejercicio, son los que mayor porcentaje de incumplimiento presentan.

Ahora bien, los problemas relacionados con el seguimiento del tratamiento y, por tanto, con el propio ajuste metabólico, son un asunto fundamentalmente conductual, sujeto a la evaluación e intervención psicológica, además de la médica. No todos los hospitales y centros de salud cuentan con una unidad de educación en tratamiento de la diabetes debidamente equipada, en la mayoría de los casos, los pacientes reciben de los profesionales de la salud numerosas recomendaciones e instrucciones para el tratamiento, pero los aspectos específicamente conductuales apenas son abordados<sup>6</sup>.

Los problemas identificados por usuarios con diabetes para seguir las indicaciones son:

- Otras responsabilidades con la familia.
- Falta de apoyo de familiares y amigos por desconocimiento de la diabetes.
- Obstáculos para hacer ejercicio.
- No incluir a la familia en los programas de educación y tratamiento.
- Actitud prevaleciente de rechazo.
- Creencias en los remedios tradicionales.
- Imponer la innovación.
- Rechazo a métodos tradicionales de tratamiento.
- Falta de información básica sobre diabetes.
- Preferencia por alimentos tradicionales (alto contenido de calorías y grasas o azúcares).
- Dificultades para cambiar hábitos dietéticos tradicionales

Las estrategias para mejorar el apego al tratamiento incluyen educar a los médicos sobre la importancia del apego, ya que es mejor evitar los problemas de la adherencia que enfrentar las consecuencias posteriores al presentarse complicaciones. Además implica simplificar el tratamiento, vigilar que las repuestas sean adecuadas y que las indicaciones sean claras para el paciente.

## OBJETIVOS

### Objetivos Generales:

1. Reconocer las acciones de autocuidado que adoptan en su hogar los adultos mayores con pie diabético grado 0 controlados en los CESFAM Reina Isabel y Nueva Aurora; los Centros de Atención Primaria Barón, Quebrada Verde, Quilpué y Periférico de Villa Alemana; y el Consultorio del Adulto de Valparaíso, pertenecientes a la Quinta región, en el mes de Octubre del 2008.
2. Describir los factores que intervienen en la adopción de las acciones de autocuidado por los adultos mayores con pie diabético grado 0 controlados en los CESFAM Reina Isabel y Nueva Aurora; los Centros de Atención Primaria Barón, Quebrada Verde, Quilpué y Periférico de Villa Alemana; y el Consultorio del Adulto de Valparaíso, pertenecientes a la Quinta región, en el mes de Octubre del 2008.

### Objetivos Específicos:

- 1.1. Identificar qué acciones de autocuidado adopta el adulto mayor con pie diabético en relación a alimentación, tratamiento farmacológico, actividad física y cuidado de los pies.
- 1.2. Determinar la asistencia a controles según citación que cumple el adulto mayor con pie diabético.

1.3.Describir los factores de riesgo del ambiente estático en que se inserta el adulto mayor con pie diabético que pudiesen interferir en el cuidado de los pies.

2.1.Identificar el tiempo de evolución del adulto mayor con pie diabético y cómo éste influye en la adopción de acciones de autocuidado para su enfermedad.

2.2.Describir la situación afectiva del adulto mayor con pie diabético y como ésta influye en la adopción de acciones de autocuidado para su enfermedad.

2.3.Identificar los factores cognoscitivos y conductuales que intervienen en el autocuidado del adulto mayor con pie diabético.

2.4.Describir la escolaridad y los recursos económicos que dispone el adulto mayor con pie diabético para el cuidado de su diabetes y pies.

2.5.Determinar el nivel de conocimientos que tiene el adulto mayor con pie diabético sobre la diabetes y el pie diabético.

## DEFINICION Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

### **VARIABLE N° 1: Acciones de autocuidado del adulto mayor con pie diabético grado 0.**

#### **Definición:**

Acciones adoptadas o realizadas por el adulto mayor con pie diabético grado 0 con el objeto de contribuir a su bienestar en la satisfacción de las actividades de la vida diaria.

#### **DIMENSION 1**

##### **Alimentación.**

Indicador:

- Consume dieta para diabéticos según indicación de médico, nutricionista y/o enfermera.

#### **DIMENSION 2**

##### **Tratamiento farmacológico.**

Indicador:

- Consume los medicamentos prescritos según horario indicado.

#### **DIMENSION 3**

##### **Actividad física.**

Indicadores:

- Tipo
- Frecuencia

#### **DIMENSION 4**

##### **Cuidado de los pies.**

Indicadores:

- Frecuencia de lavado de pies.
- Secado de pies.
- Corte de uñas.
- Uso de lubricante.
- Tipo de calzado.
- Tipo de calcetines.
- Frecuencia de revisión de los pies.

##### **Subindicadores:**

- Diariamente
- Prolijo
- Recto
- En planta y dorso del pie, no entre ortejos.
- Forma ancha con suela gruesa, sin costuras interiores.
- De algodón, hilo o lana sin costuras.
- Diariamente

#### **DIMENSION 5**

##### **Asistencia a controles.**

Indicadores:

- Asistencia a control de salud.
- No asistencia a control de salud.

## **DIMENSION 6**

### **Ambiente seguro.**

Indicadores:

- Desniveles en el hogar.
- Habitación accesible.

## **VARIABLE N° 2: Factores presentes en los adultos mayores diabéticos para su autocuidado**

### **Definición:**

Agentes que intervienen en la capacidad de un individuo para contribuir a su bienestar.

## **DIMENSION 1**

### **Tiempo de evolución del pie diabético.**

Indicadores:

- Meses y años.

## **DIMENSION 2**

### **Situación afectiva.**

#### **SUBDIMENSION**

### **Redes de apoyo.**

Indicadores:

- Apoyo familiar.
- Pertenencia a grupo comunitario.

### **Fases de adaptación ante la enfermedad crónica.**

Indicadores:

- Reacción de choque.
- Reacción de encuentro.

- Retraimiento
- Aceptación

### **DIMENSION 3**

#### **Cognoscitivo.**

##### **SUBDIMENSION:**

##### **Información recibida.**

Indicadores:

- Por profesional de la salud.
- Por televisión.
- Por radio.
- Por prensa escrita.

##### **Creencias populares.**

Indicadores:

- Utilización de medicina popular.

### **DIMENSION 4**

#### **Conductual.**

##### **SUBDIMENSION:**

##### **Conductas riesgosas.**

**Indicadores:**

- Consumo de cigarrillos.
- Consumo de bebidas alcohólicas.
- Consumo de drogas.

### **DIMENSION 5.**

#### **Organización de los recursos económicos**

Indicador:

- Cantidad de dinero que dispone para las medidas de cuidado del pie diabético.

## **DIMENSION 6**

### **Nivel de escolaridad.**

Indicadores:

- Básica incompleta.
- Básica completa.
- Media incompleta.
- Media completa.
- Educación Superior.

## **DIMENSION 7**

### **Nivel de conocimiento sobre diabetes y pie diabético.**

Indicadores:

Conocimiento de:

- Causas
- Tratamiento
- Complicaciones
- Cuidados de la diabetes y el pie diabético.

## **CAPITULO 3**

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

Investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal; en que los datos se obtuvieron en un tiempo determinado, que corresponde al mes de Octubre del 2008.

### **DEFINICION DEL UNIVERSO – POBLACION EN ESTUDIO**

La población del estudio correspondió al total de los Adultos Mayores con pie diabético de grado 0 según la clasificación de Wagner, de 60 años o más, de ambos sexos, controlados en CESFAM Reina Isabel y Nueva Aurora; los Centros de Atención Primaria Barón, Quebrada Verde, Quilpué y Periférico; y el Consultorio del Adulto, pertenecientes a la Quinta región. Esta muestra corresponde a un conglomerado que coincide con el universo, ya que se consideró el total de los usuarios adultos mayores con pie diabético grado 0 pesquisados.

### **DISEÑO MUESTRAL**

Se consideró como unidad muestral a cada uno de los adultos mayores con pie diabético grado 0 pesquisados en el control de crónicos a través de la revisión de documentos clínicos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Mayor de 60 años
- Persona de sexo masculino y femenino
- Autovalente
- Diabético con pie diabético grado 0

- Sin diagnósticos de patologías psiquiátricas que alteren su funcionalidad
- Con o sin otras patologías crónicas como hipertensión, patologías respiratorias crónicas u otras que no alteren su capacidad de autocuidado.

## **METODO DE RECOLECCION DE DATOS**

Con el objeto de recoger los datos necesarios que permitirán medir las variables del estudio se elaboraron dos instrumentos, un cuestionario y un test de conocimientos, para ser aplicados a todos los adultos mayores con pie diabético grado 0 pesquisados en este estudio.

## **DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS**

### **Cuestionario**

El cuestionario consta de 28 preguntas, entre las cuales existen preguntas de respuesta dicotómicas, de selección múltiple y preguntas abiertas.

### **Test de Conocimientos**

El test de conocimientos tiene un puntaje máximo de 19 puntos. Éste contiene preguntas de respuesta dicotómicas, de selección múltiple y preguntas abiertas.

Permite medir los conocimientos sobre diabetes y las posibles complicaciones en los pies de los adultos mayores controlados en Octubre del 2008.

## **ESTUDIO DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Los instrumentos fueron validados por profesionales de enfermería expertos en el tratamiento de la diabetes y el cuidado del pie diabético, en la atención primaria y consultorio de especialidades de la V Región.

Se realizó una prueba del cuestionario y del test de conocimientos a 10 usuarios diabéticos de 60 o más años inscritos en los centros de atención abierta, correspondientes al Consultorio de Quilpué, el Consultorio Periférico de Villa Alemana y el centro de especialidades del Consultorio del Adulto de Valparaíso.

## **CRITERIOS UTILIZADOS PARA EL ANALISIS DE LOS DATOS**

Para el análisis de éstos datos se agruparon los indicadores y subindicadores de acuerdo a las dimensiones correspondientes de cada una de éstas.

A partir de lo anterior se agruparon las preguntas correspondientes a cada dimensión, asignando un puntaje total a cada una de éstas. De acuerdo a éste se establecieron tres categorías de acuerdo a un rango de valores.

| <b>NIVEL DE AUTOCUIDADO</b> | <b>RANGO DE VALOR</b> |
|-----------------------------|-----------------------|
| OPTIMO                      | De 19 a 12 puntos     |
| SUFICIENTE                  | De 11 a 8 puntos      |
| INSUFICIENTE                | Menos de 8 puntos     |

## ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO

El grupo de tesistas se organizó a través de la asignación de los siguientes cargos:

- Presidenta: Tiare Campos
- Vicepresidenta: Verónica Morales
- Secretaria: Dianela Lagos
- Tesorera: Romina Eastman
- Delegada de RR.PP: Catalina Carrasco
- Coordinadora: Claudia Fernández
- Delegada de recursos técnicos y materiales: Camila Castillo

La docente asesora del grupo tesista corresponde a la Docente María Raquel Lazcano del Departamento Médico- Quirúrgico de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Con el fin de llevar a cabo la etapa de ejecución de la investigación se concertó con la enfermera supervisora y/o encargada del programa cardiovascular de cada establecimiento de atención abierta y especialidad, mediante llamado telefónico y/o visita a la institución, los días y el horario en que fuera factible acudir a la revisión previa de documentos clínicos y posterior aplicación de los instrumentos. Éstos fueron aplicados a través de una entrevista en centros de atención primaria y de especialidades de la Quinta región durante el mes de Octubre del año 2008, para lo cual se dividió el grupo de tesistas de acuerdo al total de instituciones. Esto se efectuó en la sala de espera, mientras los usuarios esperaban ser atendidos por el profesional de salud.

## **CAPITULO 4**

## RESULTADOS Y ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

El 53% de los adultos mayores encuestados corresponde al sexo femenino y el 47% al sexo masculino.

La escolaridad de la muestra corresponde mayoritariamente a educación básica incompleta lo que representa un 38,3%.

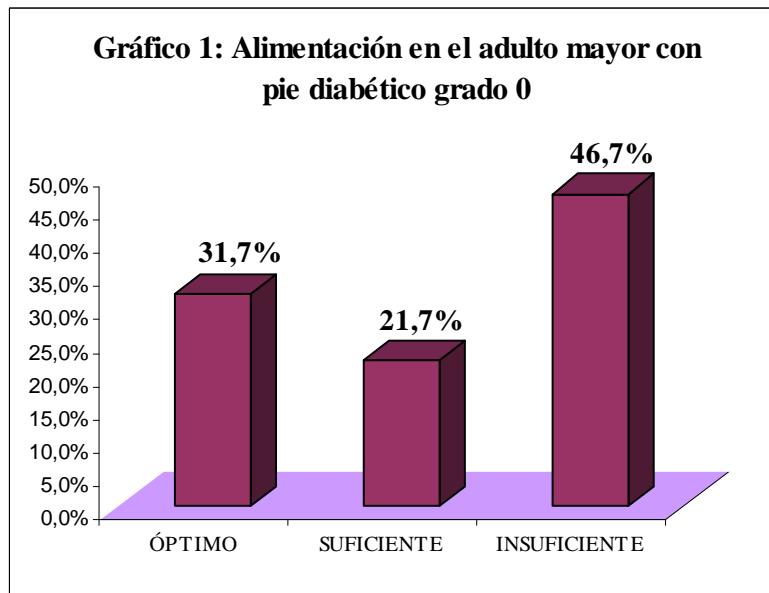
El 46,3% de la población encuestada refiere vivir con su esposo/a o conviviente destacando que 9,8% de la muestra vive solo.

Un 40% de los encuestados refiere ser portador de diabetes mellitus tipo II hace más de 10 años, un 20% entre 7 y 10 años, correspondiendo la mayoría a personas con diabetes de larga data.

El 40% de la muestra corresponde a diabéticos con una evolución de la enfermedad de más de 10 años y un 20% entre 7 y 10 años, correspondiendo la mayoría de los encuestados a personas con diabetes de larga data.(Ver Anexo 1)

### Acciones de Autocuidado del adulto mayor diabético con pie diabético grado 0

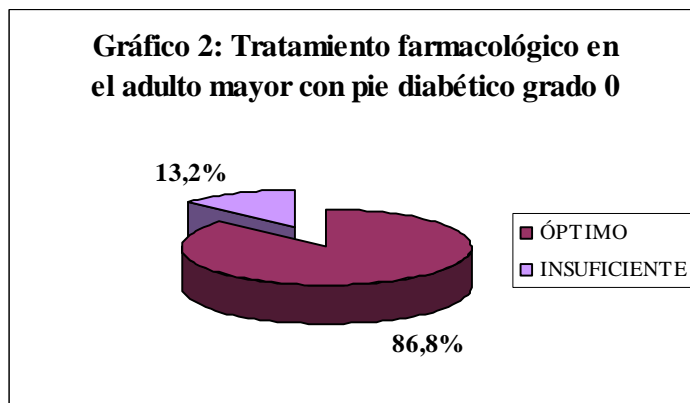
#### Alimentación en el adulto mayor con pie diabético grado 0



La mayoría porcentual correspondiente al 46,7% de los encuestados, posee una alimentación que no concuerda con los requerimientos establecidos para los portadores de diabetes mellitus tipo II con pie diabético grado 0, por lo tanto se clasifica como una alimentación insuficiente.

La causa de dificultad para seguir las indicaciones de alimentación que fue mayormente mencionada por los encuestados hace referencia a los deseos incontrolables de ingesta alimenticia, correspondiente a un 38,5%. (Ver Anexo 2)

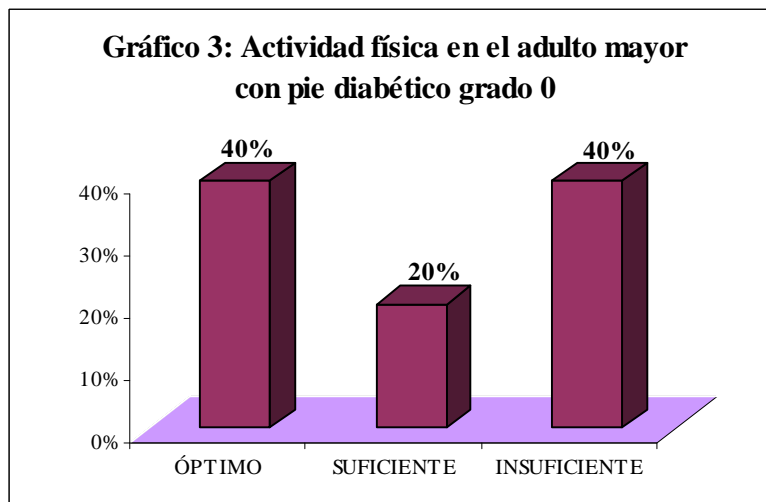
### Tratamiento farmacológico en el adulto mayor con pie diabético grado 0



Un 86,8% de los encuestados que utiliza medicamentos para el control de su glicemia se clasifica como un tratamiento farmacológico óptimo, debido a que no presenta interrupciones en la continuidad de éste.

Cabe destacar que entre los motivos referidos que dificultan el cumplimiento de la administración y horario de los medicamentos, un 66,7% de los encuestados lo atribuye al olvido. (Ver Anexo 2)

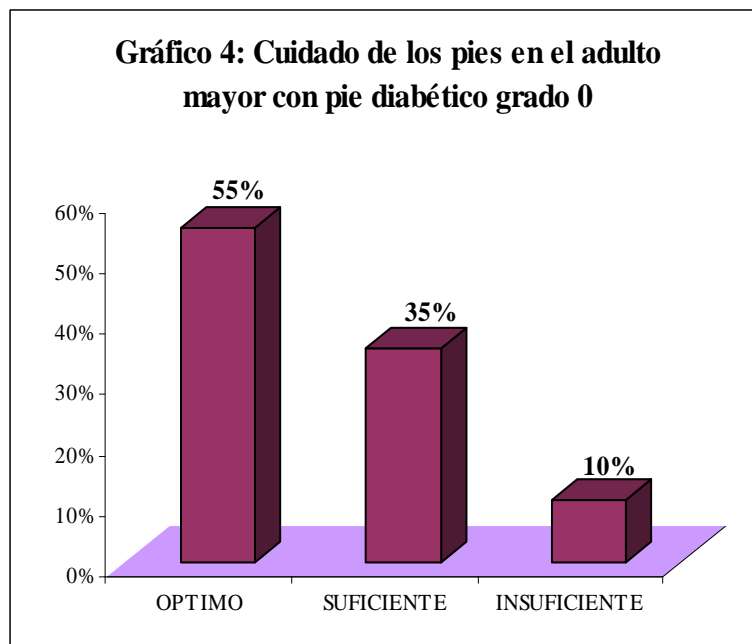
### Actividad física que realiza el adulto mayor con pie diabético grado 0



Un alto porcentaje, correspondiente al 40% de los encuestados, posee una actividad física insuficiente, existiendo un déficit en la realización de ésta de acuerdo a los requerimientos de autocuidado para el usuario con pie diabético grado 0.

Un 40% de los encuestados realiza una actividad física óptima acorde con las exigencias para este aspecto o un equivalente a éstas tales como ejercicios aeróbicos. (Ver Anexo 2)

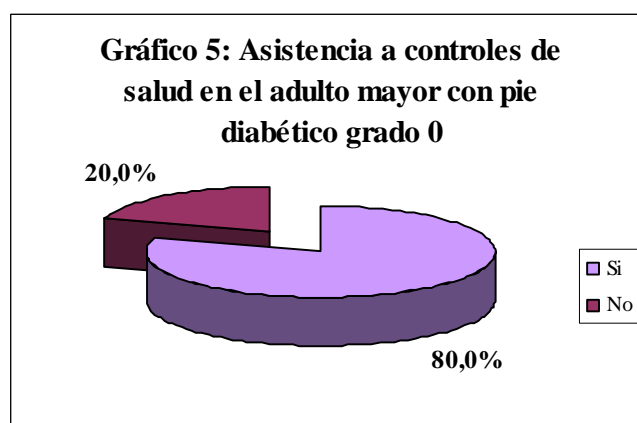
### Cuidados de los pies del adulto mayor con pie diabético grado 0



Un 55% de los encuestados realiza un óptimo cuidado de los pies de acuerdo a los requerimientos establecidos para los portadores de diabetes con pie diabético grado 0.

Cabe destacar que la mayoría porcentual de los encuestados tiene un óptimo y suficiente cuidado de los pies, un 10% realiza un cuidado insuficiente, lo que aumenta su riesgo ya existente de una evolución negativa de su pie diabético.

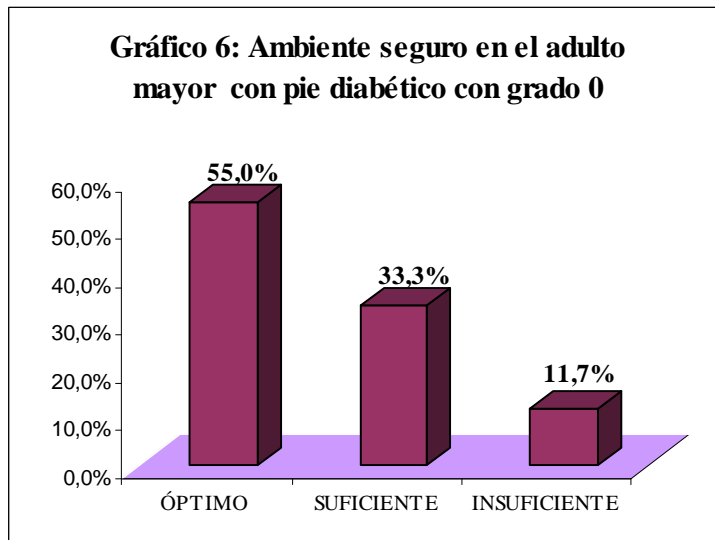
### Asistencia a control del adulto mayor con pie diabético con grado 0



De acuerdo al registro del carnet de adulto de los usuarios encuestados un 80% cumple con la acción de autocuidado de asistir regularmente a los controles de salud.

### Ambiente seguro en el adulto mayor con pie diabético grado 0

**Gráfico 6: Ambiente seguro en el adulto mayor con pie diabético con grado 0**

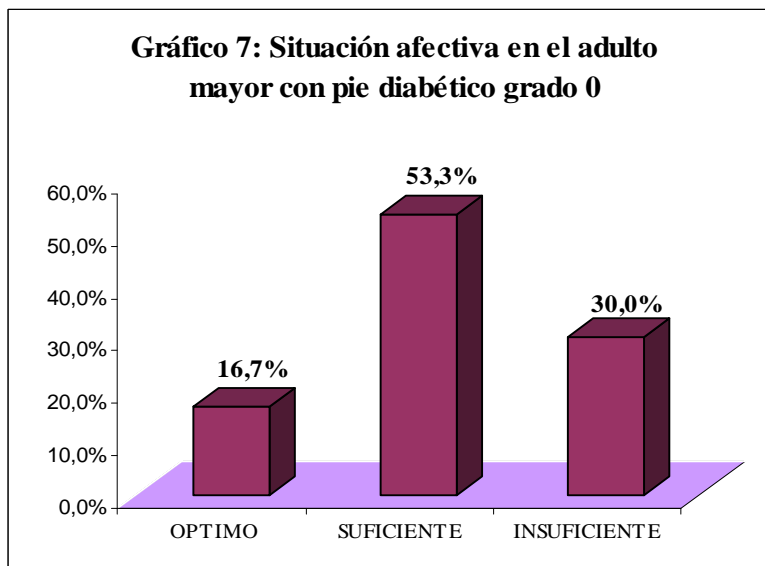


Un 55% de los encuestados posee un ambiente seguro óptimo que contribuye a la disminución del riesgo de caídas y eventuales complicaciones del pie diabético debido a éstas.

**Factores que intervienen en el autocuidado de los adultos mayores con pie diabético grado 0**

**Situación afectiva del adulto mayor con pie diabético grado 0**

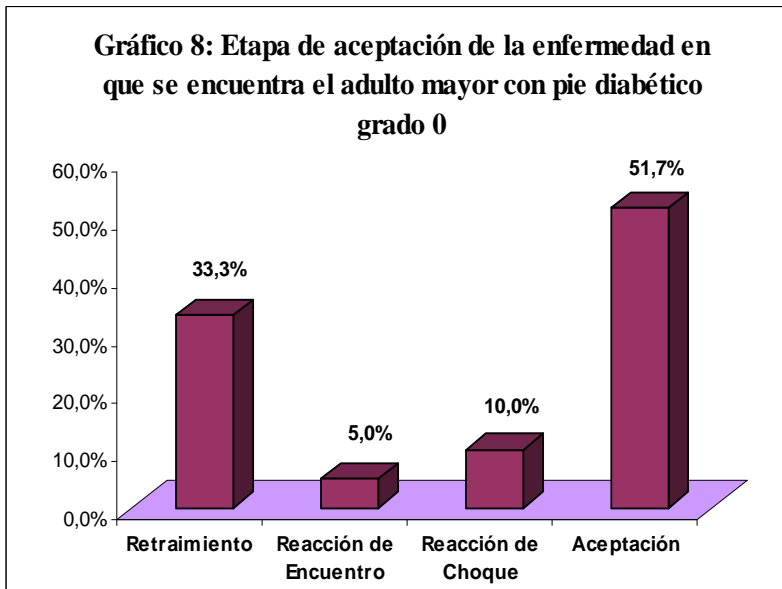
**Gráfico 7: Situación afectiva en el adulto mayor con pie diabético grado 0**



Del total de los encuestados el 16,7% posee redes de apoyo, tanto familiares como comunitarias, lo cual se considera como óptimo para el cuidado de su enfermedad.

Del apoyo familiar destaca la ayuda por parte de la esposa, con un 33,3%, (o) y dentro de la red comunitaria la asistencia la iglesia lo que corresponde a un 56,3%.(Ver Anexo 2)

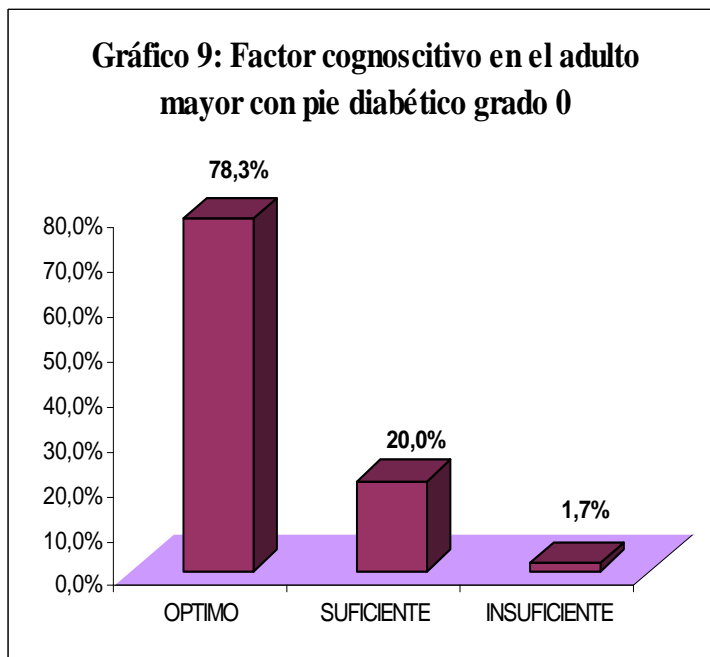
**Gráfico 8: Etapa de aceptación de la enfermedad en que se encuentra el adulto mayor con pie diabético grado 0**



La fase en la cual se encuentra la mayoría de las personas encuestadas, con un 51,7%, es la etapa de aceptación en la que el individuo accede a convivir con la enfermedad e inicia una reestructuración de su vida, adaptándola a los nuevos hábitos requeridos.

#### Aspectos cognoscitivos en el adulto mayor con pie diabético grado 0

**Gráfico 9: Factor cognoscitivo en el adulto mayor con pie diabético grado 0**

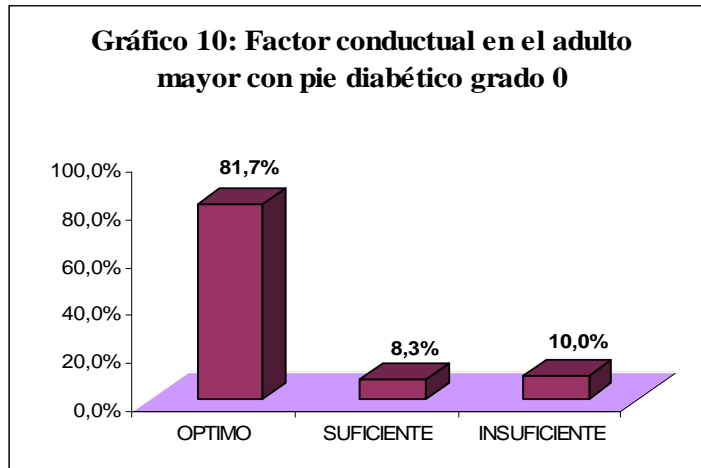


El factor cognoscitivo, en el 78,3% de los encuestados, influye positivamente en las acciones de autocuidado que realizan, categorizándose como óptimo.

Un 33% de los usuarios reconoce que la información sobre el cuidado de la diabetes y pie diabético es entregada por la Enfermera, el que corresponde al mayor porcentaje entre las diferentes fuentes de información, a las que ellos pueden acceder.

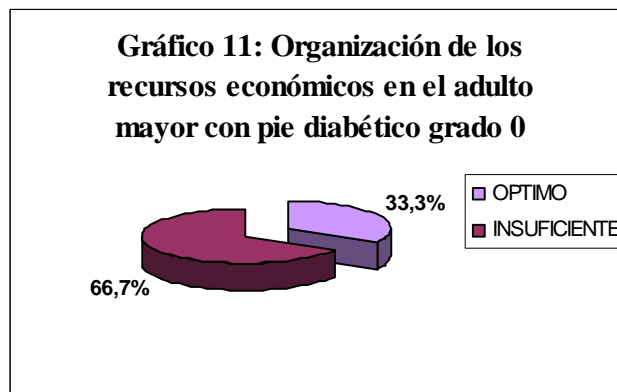
El 77% de los encuestados refiere utilizar hierbas o infusiones, complementando los medicamentos prescritos. (Ver Anexo 2)

### Aspecto conductual en los adultos mayores con pie diabético grado 0



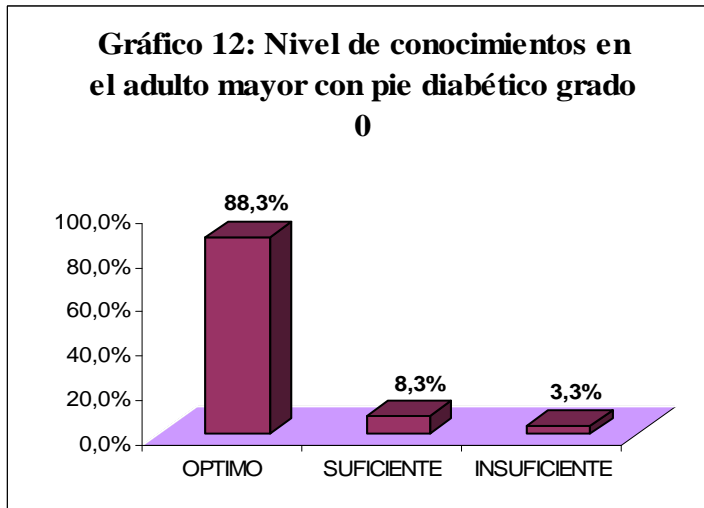
De los encuestados el 81,7% reconoce no poseer hábitos nocivos para su salud, lo que se considera óptimo para sus acciones de autocuidado.

### Organización de los recursos económicos de los adultos mayores con pie diabético grado 0



El 66,7% de los encuestados no lleva la cuenta de este dinero, lo que puede implicar un déficit en la preocupación y organización de su cuidado.

### Nivel de Conocimientos sobre diabetes y pie diabético de los adultos mayores



A través del Test de Conocimientos, se obtiene que el 88,3% de los encuestados tiene un nivel de conocimientos óptimo en cuanto a la diabetes y pie diabético, lo que constituye un factor protector en su realización del autocuidado.

## **CAPITULO 5**

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de la muestra en cuanto las acciones de autocuidado que adoptan en su hogar los adultos mayores con pie diabético grado 0, se destaca que existe un nivel óptimo de autocuidado, según el marco teórico, en la mayor parte de la muestra, en lo referente a tratamiento farmacológico, cuidados de los pies, asistencia a control y ambiente seguro. En cuanto al cuidado de los pies, conformado por la frecuencia de revisión y lavado de pies, el secado de pies, el corte de uñas, el uso de lubricantes y el tipo de calcetines y de calzado, se infiere que la entrega de información con respecto a estos cuidados, otorgados en su mayoría en un 33% por el profesional de enfermería en un, son atingentes para esta complicación y su eventual manejo, en los centros de atención primaria y de especialidades utilizados para el estudio.

Sobre la alimentación y actividad física los resultados obtenidos evidencian una acción de autocuidado insuficiente, lo que se relaciona directamente con las cifras nacionales de prevalencia de sobrepeso (37,8%), obesidad (23,2%) y sedentarismo (89%), los que constituyen hábitos de vida difíciles de modificar. Gran parte de las personas que señalan realizar actividad física, no responden a los requerimientos establecidos del tratamiento no farmacológico, puesto que consideran que el ir de compras o realizar quehaceres del hogar significan un tipo de ejercicio, lo que corresponde a un error de concepto en estos individuos. Además la mayoría de los encuestados que no consume la dieta prescrita, perciben que no presentan dificultades al momento de seguir las indicaciones alimenticias, lo que se traduce en un factor de riesgo, ya que no logran identificar que estas prácticas son incorrectas y que no forman parte del tratamiento indicado para su patología. El no cumplimiento de las exigencias alimenticias produce un inadecuado control metabólico, favoreciendo el desarrollo o complicación de la úlcera de pie diabético.

Al describir los factores que intervienen en la adopción de las acciones de autocuidado en estos usuarios, cabe destacar que el área cognoscitiva, conductual y el nivel de conocimientos, se enmarcan dentro de un nivel óptimo en un alto porcentaje de la muestra, lo cual se establece como un factor protector al influir de manera positiva en la ejecución de acciones de autocuidado. Sin embargo existen factores que intervienen de manera negativa, como la situación afectiva y la organización de los recursos económicos.

Respecto a la situación afectiva, conformada por las redes de apoyo, ésta se encuentra en un nivel suficiente en más de la mitad de los encuestados, la que al situarse por debajo de los niveles óptimos, produce una mayor demanda hacia el usuario que impide la adopción de un autocuidado eficaz. Sin embargo otro punto importante dentro de esta área, es la etapa de aceptación de la enfermedad en que se encuentran los encuestados, los que en gran parte aceptan su enfermedad, accediendo a convivir con su patología e iniciando una nueva estructuración de su vida, adaptándola a los hábitos requeridos.

En relación a la organización de los recursos económicos, sólo un 33,3% del total de los encuestados refiere llevar la cuenta del dinero mensual que dispone para el cuidado de su enfermedad y el 66,7% restante no lleva la cuenta, de lo que se infiere que este factor puede influir en las prácticas de autocuidado de cuidados de los pies, alimentación, tratamiento farmacológico y ambiente seguro, ya que el dinero puede afectar la adopción de estas acciones.

Finalmente los resultados obtenidos demuestran que los niveles de autocuidado, referidos a las acciones y factores que conforman el estudio, se encuentran en su mayoría dentro de la categoría óptimo, dando cuenta que gran parte de las personas encuestadas poseen las acciones de autocuidado esperadas para el cuidado de su diabetes y pie diabético, pudiendo inferir que la población ha ido comprendiendo la importancia del autocuidado gracias a la educación entregada por los profesionales de la salud.

## RECOMENDACIONES

Para los profesionales de Enfermería:

- Incentivar a los usuarios portadores de diabetes mellitus tipo II a que tengan un mayor compromiso en el control metabólico a través de técnicas individualizadas de cambio conductual como autorregistro y automonitoreo, los cuales son fundamentales para el autocuidado y el óptimo resultado en la regulación de la enfermedad.
- Educar a las personas portadoras de diabetes mellitus tipo II a adoptar habilidades de autocuidado con respecto al tratamiento farmacológico y no farmacológico, especialmente en los aspectos falentes detectados en el estudio, que corresponden a alimentación y actividad física, reforzándolos a lo largo de la evolución de la enfermedad en instancias como los controles de salud crónico.
- Educar a las personas portadoras de diabetes mellitus tipo II, en la prevención y/o adaptación a las complicaciones que se presentan en el transcurso de la enfermedad mayoritariamente referidas al pie diabético, con énfasis en los cuidados de los pies que se dirigen a la prevención, tanto de éste, como de su evolución a una úlcera activa.
- Entregar apoyo a los usuarios, tanto en el cuidado físico de la enfermedad de diabetes mellitus tipo II, como en la esfera psicológica, ya que ambas se caracterizan por una bidireccionalidad, dado que un deterioro en el estado de salud puede traer consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales, las que repercuten nuevamente sobre la salud.

- Considerar que la enfermedad no es solo un trastorno biológico sino que también un fenómeno psicológico y social, por lo que se debe incentivar en los usuarios a una mayor asignación de importancia a la pertenencia de grupos comunitarios, iglesia, amigos, familia entre otros, los cuales constituyen redes de apoyo contribuyendo en el apego al tratamiento, el plan de alimentación y a la adaptación emocional de cada persona que padece la enfermedad
- Reconocer los factores culturales, sociales y psicológicos los cuales deben incluirse en las actividades de educación al paciente diabético, las que servirán de guía en la comprensión de los motivos que tienen los usuarios para adherirse o no a su tratamiento.
- Considerando como base esta investigación se recomienda continuar con un estudio correlacional que permita identificar de qué forma intervienen los factores de autocuidado en la adopción de las acciones de éste y un estudio cualitativo que profundice en sus causas.

## RESUMEN

El usuario portador de diabetes, se caracteriza por una falta de adherencia al tratamiento, requiriendo de una serie de modificaciones en los hábitos de la vida diaria para mantenerla compensada. Sin embargo la adopción de estos cambios, se tornan cada vez más complejos de conseguir en individuos mayores de 60 años, facilitando las complicaciones de la diabetes, principalmente el pie diabético, generando un gran impacto en la calidad de vida de estas personas.

Esta investigación de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal, aplicada a 60 adultos mayores portadores de pie diabético grado 0, controlados en centros de atención primaria y de especialidades de la Quinta Región en el mes de Octubre del 2008, y se reconocieron las acciones de autocuidado que adoptan éstas personas en su hogar y describió los factores que intervienen en la adopción de éstas. Los datos se recogieron a través de un cuestionario y un test de conocimientos, aplicado por las alumnas tesis de Enfermería, por medio de una entrevista, con el fin difundir esta información entre los profesionales de Enfermería y ser utilizada en futuras publicaciones para evitar el aumento de la prevalencia de ulceración del pie en personas diabéticas.

Los resultados obtenidos demuestran que los niveles de autocuidado se encuentran, en su mayoría, dentro de la categoría óptimo, dando cuenta que gran parte de los individuos encuestados poseen acciones de autocuidado esperadas para el cuidado de su diabetes y pie diabético, infiriendo que la población ha ido comprendiendo la importancia del autocuidado gracias a la educación entregada por los profesionales de salud, y en especial del control efectuado en el programa cardiovascular por el profesional de enfermería.

## ABSTRACT

People with diabetes are characterized by a lack of adherence to the treatment, requiring a series of changes in daily life habits to keep the disease balanced. However, the assimilation of these changes are becoming increasingly complex to achieve in people older than 60, facilitating the complications of diabetes, especially diabetic foot, generating a huge impact on people's life quality.

This research of quantitative type, applied in a descriptive and transverse way to 60 old people who has diabetic foot in 0 grade and are monitored in primary cares centers and specialty centers of the Fifth Region in October 2008, the actions of self care that these kind of people have at home were recognized and factors involved were described . The data was collected by the nursing students through a poll and a test of knowledge, in order to disseminate this information to nursing professionals, and to be used in futures publications to avoid the increase of foot ulceration in people with diabetes.

The results shows that levels of self care, are mostly in the optimum level, realizing that most of those polled have the self-care actions expected to the care of their diabetes and diabetic foot, deducing that the population have understood the importance of self care, thanks to the education delivered by health professionals and in particular thanks to the control on the cardiovascular program carried out for the nurses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Enfermedades No Transmisibles; Norma clínica; Manejo Integral del Pie Diabético. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; año 2006. Pág. 4
- 2.- Marriner, A. y Raile, M., *Modelos y Teorías de enfermería*. Capítulo 13, 5° edición. 2003. Pp. 191-195
- 3.- Du Gas, Beverly, Witter, *Tratado de enfermería práctica*, 4a. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2000. Pp. 42.
- 4.- República de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dpto. Asesoría Jurídica. 2007. Resolución N° 1.
- 5.- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2006. Norma Clínica. Manejo Integral del Pie Diabético. Pp. 5.
- 6.- Paola Silva Maldonado, Rebeca María Elena Guzmán Saldaña. *Psicodiabetes, Enfoque Biosicosocial*. Psicom Editores – Bogotá, Colombia, 2006. Cáp. 3: Factores Psicosociales, Prevención, Promoción e Intervención Psicológica de Salud y Diabetes. Pág. 68-69; Cáp. 4, Modelos de Psicología de Salud y el Abordaje de la Diabetes Mellitus. Pág. 93, 96; Cáp. 5, Estilo, Calidad de vida y Diabetes. Pág. 149, 155.

## BIBLIOGRAFIA GENERAL

### Páginas WEB

- Björn Eliasson (2005, Junio) “*Efectos del tabaco sobre la Diabetes*”. Extraído el día 20 de Junio del 2008 desde <http://www.diabetesvoice.org/es/articles/los-efectos-del-tabaco-sobre-la-diabetes>.
- Gobierno de Chile Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Enfermedades no transmisibles Programa de Salud Cardiovascular (2006) “*Norma Técnica Manejo Integral del Pie Diabético*”. Extraído el día 24 de Junio del 2008. [http://www.minsal.cl/ici/cardiovascular/Norma\\_Clinica\\_Pie\\_Diabetico.pdf](http://www.minsal.cl/ici/cardiovascular/Norma_Clinica_Pie_Diabetico.pdf)
- E.U. Isabel Aburto T, Directora Instituto Nacional de Heridas; E.M. Patricia Morgado A., Enfermera Programa Salud Cardiovascular, División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud, Chile (2005, Septiembre) “*Curación Avanzada de las Úlceras del Pie Diabético*”. Revisado en el mes de Abril del 2008. [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/saludcardiovascular/Guia\\_clinica\\_Curacion\\_Pie\\_Diabetico.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/saludcardiovascular/Guia_clinica_Curacion_Pie_Diabetico.pdf)
- Patricia Villaseca Silva, Ministerio de Salud, Chile (1999) “*Prevención y Manejo de las caídas, serie de guías clínicas del adulto mayor*”. Extraído el día 27 de Junio del 2008. [http://www.minsal.cl/ici/S\\_1/U\\_14/premacai.pdf](http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/premacai.pdf)

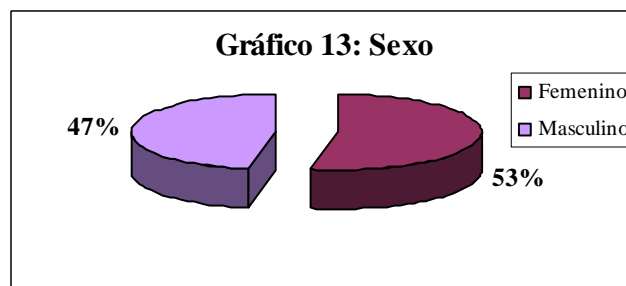
## Libros

1. Smeltzer, Suzanne C., Tratado de enfermería medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth, 9a. Ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2002.
2. Novel, C., Lluch, M. Dolores. Y López, M. Enfermería Psicosocial y salud, 1a. Ed., Barcelona: Masson, 2000.
3. Marriner, A. y Raile, M., *Modelos y Teorías de enfermería*. Capítulo 13, 5° edición. 2003.
4. Du Gas, Beverly, Witter, *Tratado de enfermería práctica*, 4a. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2000.
5. Paola Silva Maldonado, Rebeca María Elena Guzmán Saldaña. *Psicodiabetes, Enfoque Biosicosocial*. Psicom Editores – Bogotá, Colombia, 2006.

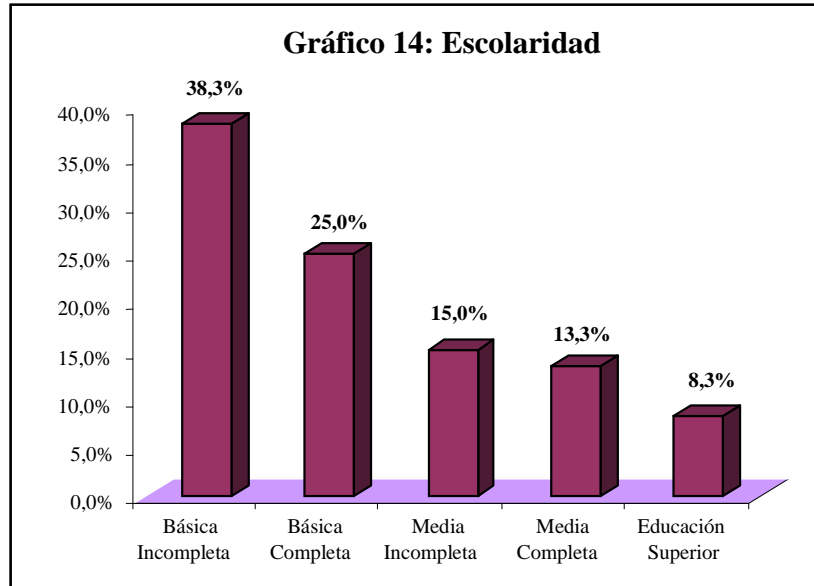
# **ANEXOS**

## ANEXO 1

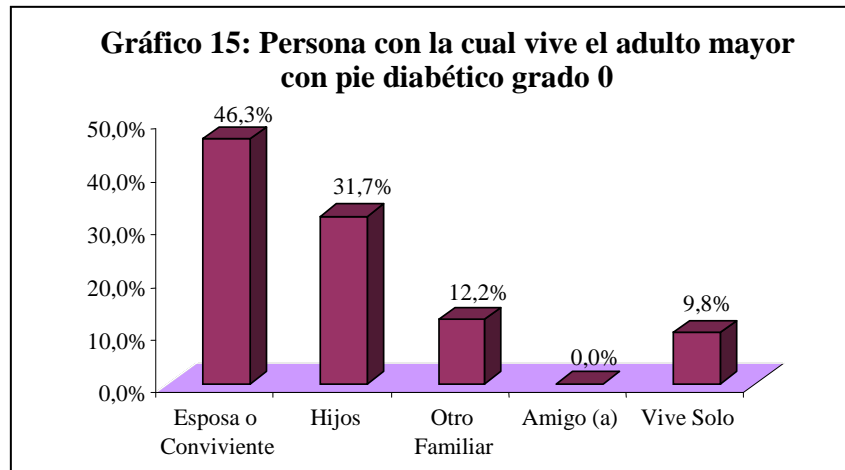
### Antecedentes de la muestra



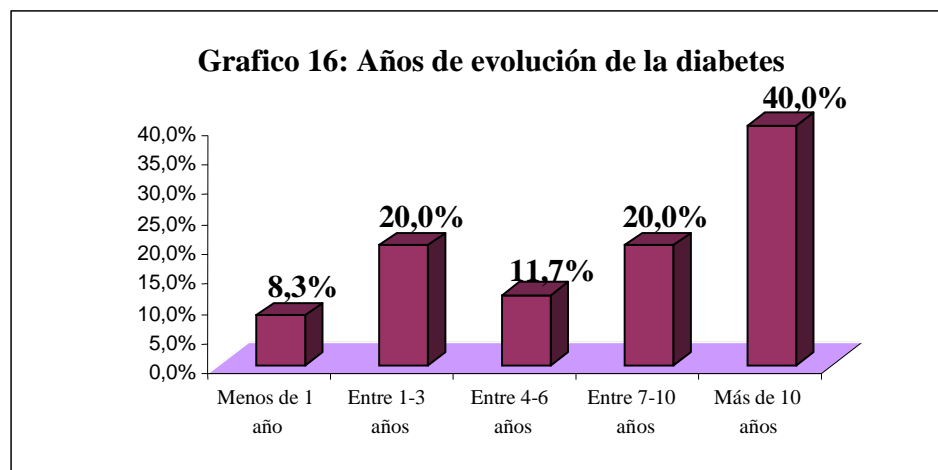
El grupo de encuestados es mayoritariamente de sexo femenino conformando un 53%. El sexo masculino corresponde al 47%.



La escolaridad de la muestra corresponde mayoritariamente a educación básica incompleta con un 38,3%.



El 46,3% de la población encuestada refiere vivir con su esposo/a o conviviente. Se destaca que 9,8% de la muestra vive solo.



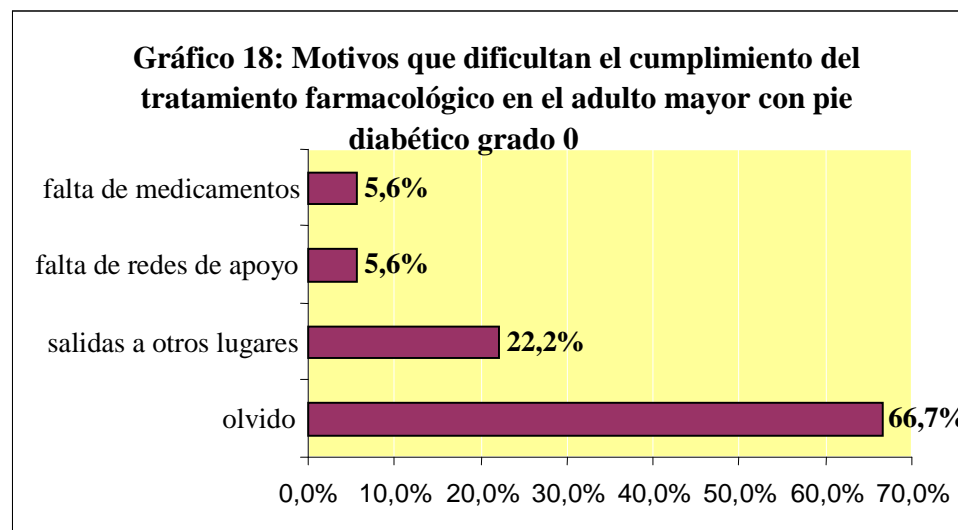
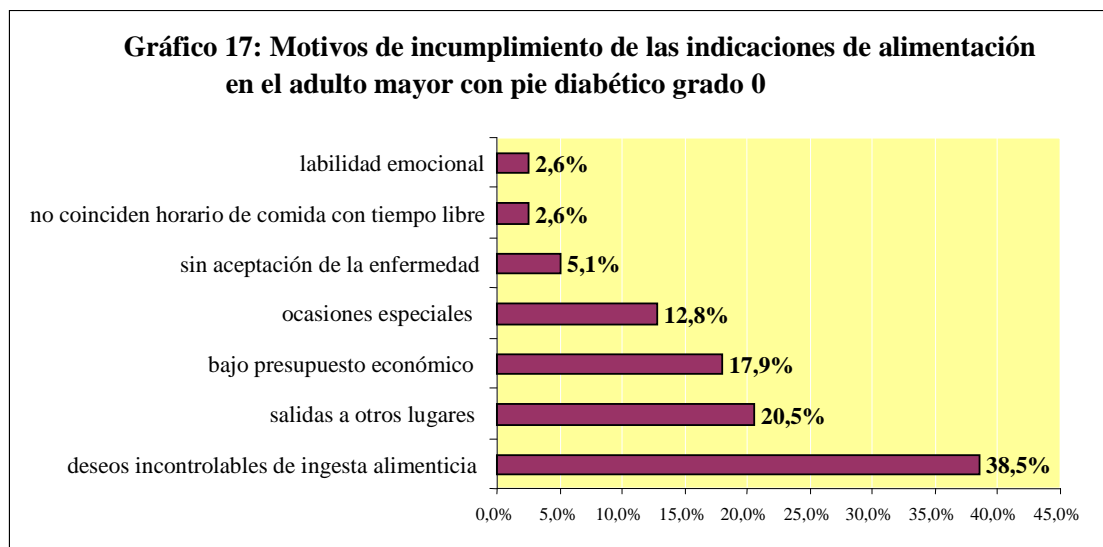
Un 40% de los encuestados refiere ser portador de diabetes mellitus tipo II hace más de 10 años, un 20% entre 7 y 10 años, correspondiendo la mayoría de los encuestados a personas con diabetes de larga data.

Cabe destacar que el 100% de la muestra refiere no consumir algún tipo de droga.

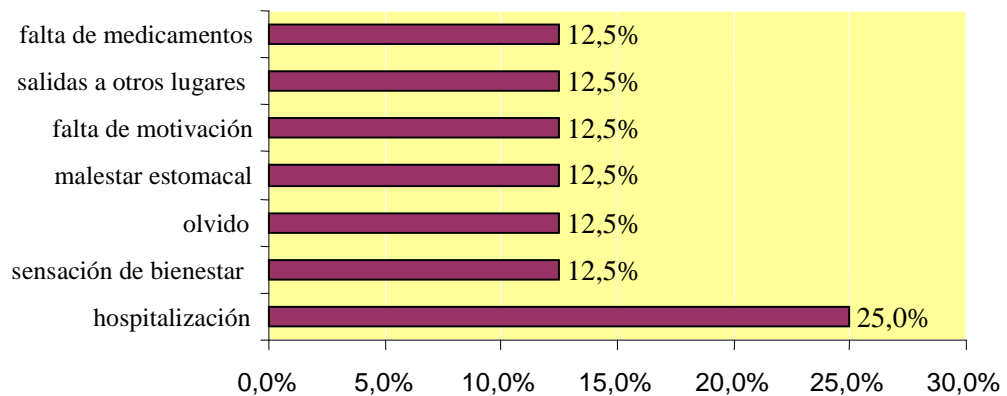
## ANEXO 2

Otros datos recogidos:

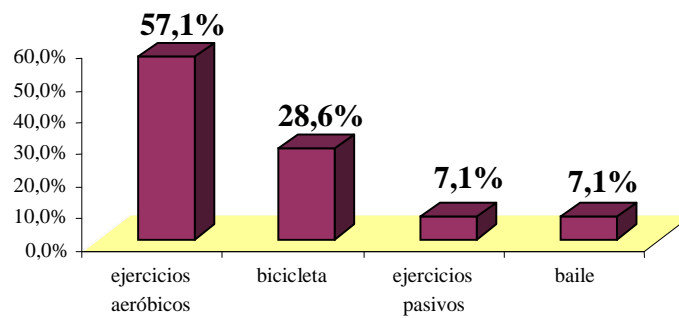
Gráficos de preguntas abiertas



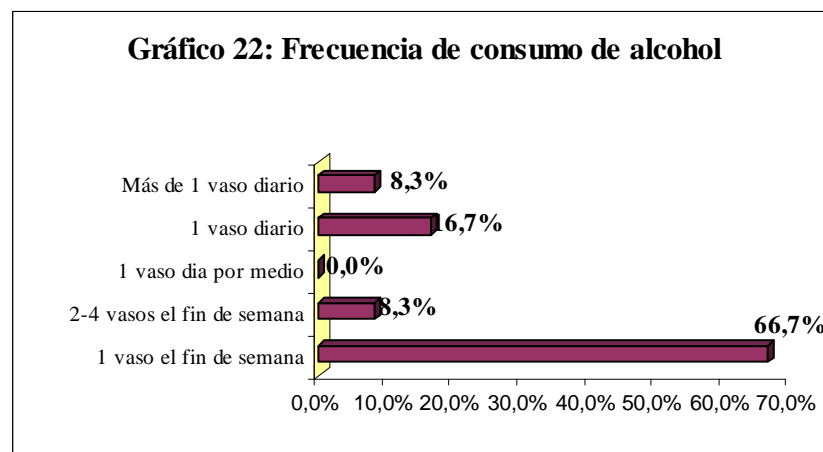
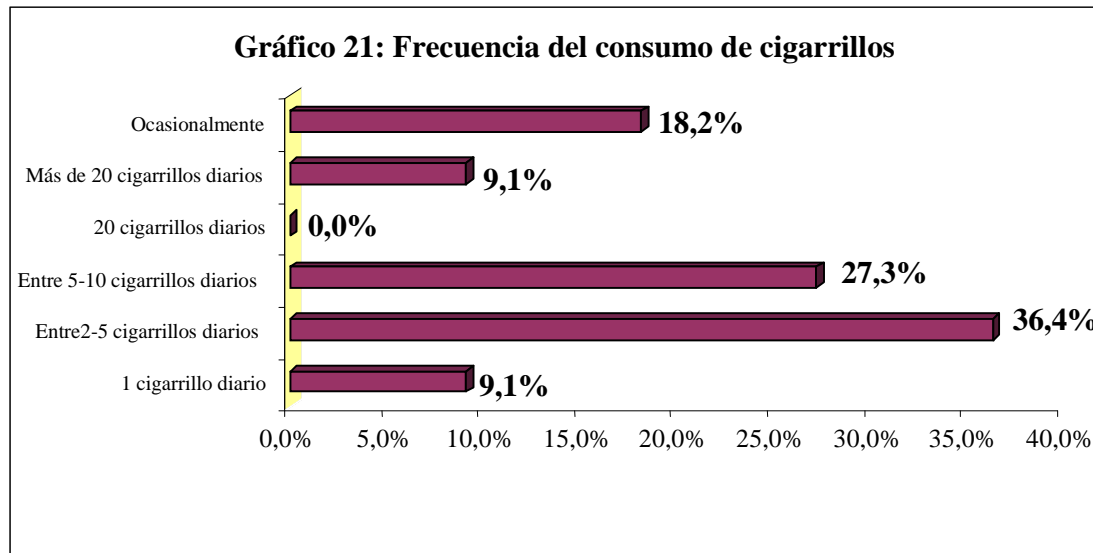
**Gráfico 19: Motivos por los cuales el adulto mayor con pie diabético grado 0 ha interrumpido su tratamiento**



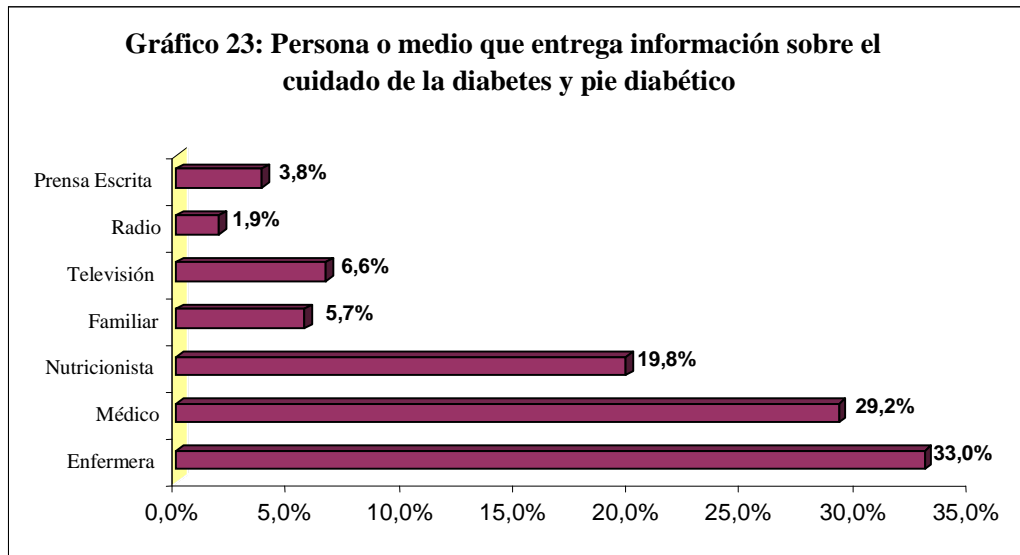
**Gráfico 20: Otro tipo de actividad física que realiza el adulto mayor con pie diabético grado 0**



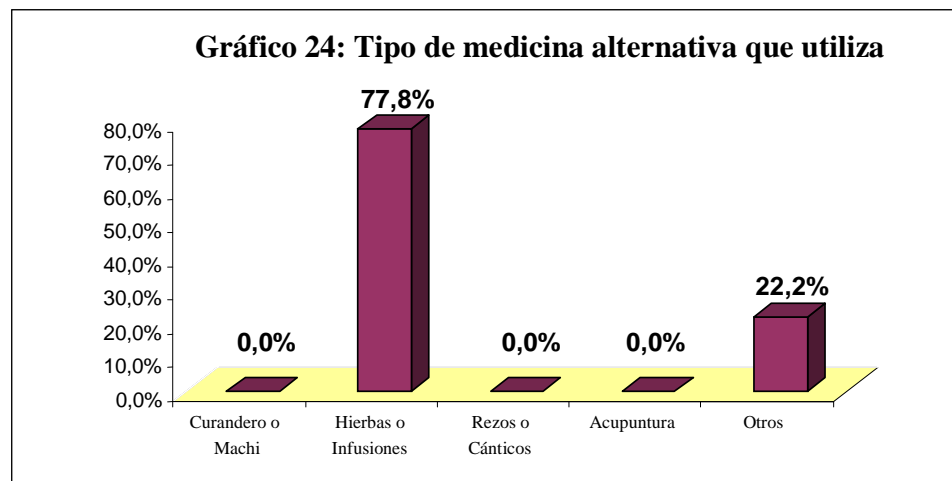
**Gráficos de frecuencia de consumo de cigarrillos y alcohol.**



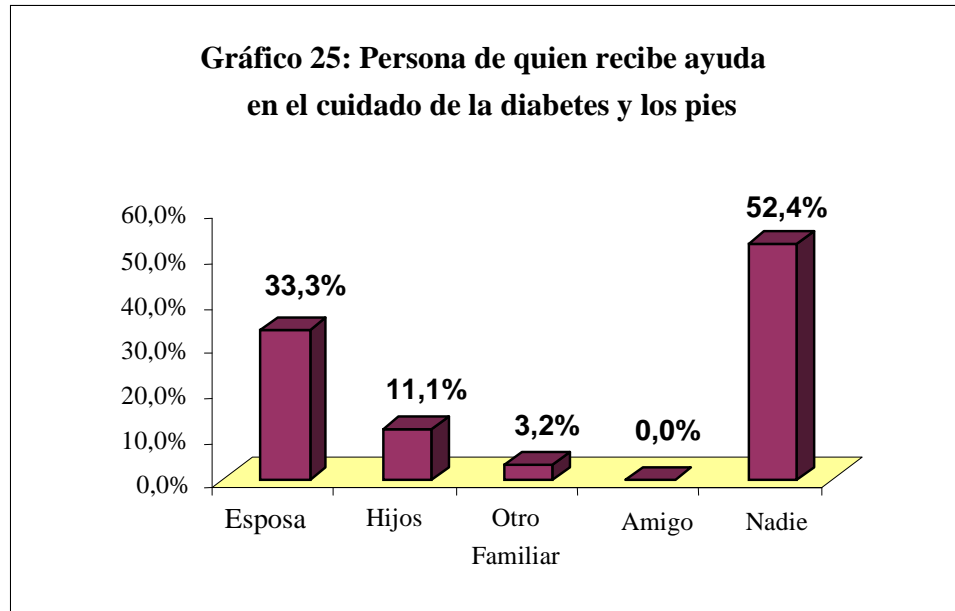
**Gráfico de persona que le entrega información del cuidado de la diabetes y el pie diabético**



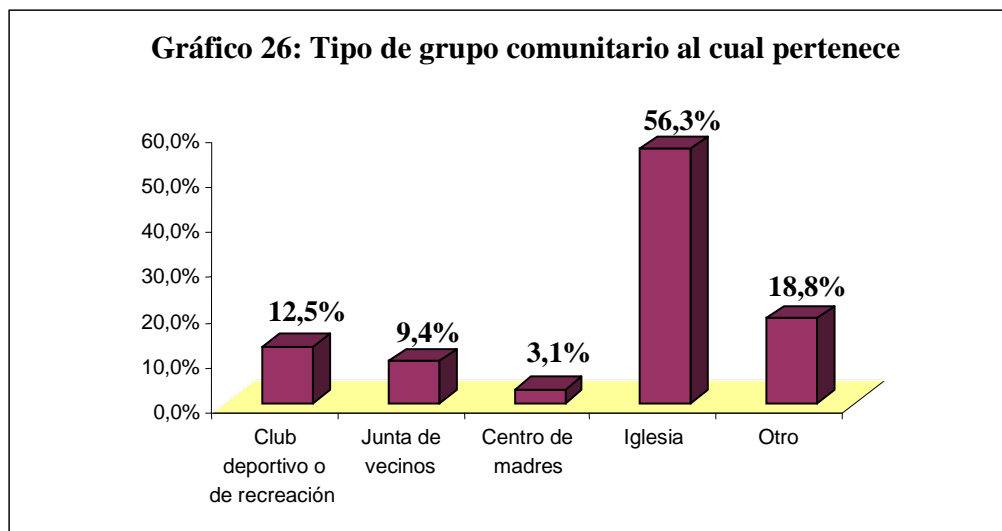
**Gráfico de tipo de medicina alternativa que utiliza el adulto mayor con pie diabético grado 0**



**Gráfico de persona de quien recibe ayuda en el cuidado de la diabetes y los pies**



**Gráfico de tipo de grupo comunitario al que el adulto mayor con pie diabético pertenece**



### ANEXO 3

## INSTRUCTIVO PARA APLICACIÓN DE CUESTIONARIO Y TEST DE CONOCIMIENTOS

### CUESTIONARIO:

Cada pregunta está orientada a:

**Objetivo:** Determinar qué acciones de autocuidado toman adultos mayores con pie diabético grado 0, controlados en centros de atención primaria y Consultorio de Especialidades, y qué factores están presentes en estas acciones.

#### Procedimiento

Se utilizarán para este estudio adultos mayores desde 60 años, sin distinción de sexo, autovalentes con diagnóstico confirmado de diabetes, con pie diabético grado 0 según clasificación Wagner.

- Grado 0: Pie en riesgo que incluye deformidades de los pies, callosidades, hiperqueratosis, infecciones crónicas, pelo disminuido y onicomiosis
  
- Antes de acceder al usuario se debe verificar el diagnóstico de diabetes y la clasificación de pie diabético grado 0 para excluir a los demás usuarios, a través de la ficha clínica y entrevista con enfermera del centro de atención primaria, CESFAM al que pertenece.
- Considerar el tiempo de evolución de diabetes y pie diabético, a través de la ficha.
- Para la aplicación del cuestionario, en primer lugar se debe solicitar el consentimiento informado que será firmado o con dibujo dactilar. En caso de ser autorizado se harán las preguntas por la seminarista.

- Se iniciará el cuestionario registrando los datos de identificación del consultorio y del usuario (edad y sexo).
- Las respuestas del usuario se marcarán con una X en la alternativa que corresponda.
- Las respuestas a preguntas abiertas número 14, 17, 18, 19, 20, 28 quedarán escritas con letra imprenta según corresponda.
- Para la pregunta 16, ¿Qué alimentos consume habitualmente?, se aplicará una pauta con el régimen del paciente para comparar con la alimentación consumida por el usuario y, posterior a ello, se categorizarán las alternativas según corresponda:
  - Consume la dieta prescrita para paciente diabético.
  - Consume a veces la dieta prescrita para paciente diabético.
  - No consume la dieta prescrita para paciente diabético.

|          |   |
|----------|---|
| Desayuno | 1 taza de leche semidescremada o descremada + edulcorante, + media tostada (100 grs pan blanco) con quesillo y una fruta            |
| Almuerzo | Pescado blanco, pollo sin piel o conejo, presa mediana (200 grs) + plato lleno de ensaladas (lechuga) con aceite de oliva + 1 fruta |
| Once     | 1 taza de leche semidescremada o descremada + edulcorante, + media tostada (100 grs pan integral) con quesillo                      |
| Cena     | 1 plato lleno de verduras (espinaca, tomate, acelga) con aceite de oliva + 1 fruta  |

- La pregunta 28, ¿A cuántos controles en el consultorio ha asistido en este año?, de acuerdo a las citaciones del programa en el consultorio respectivo, registradas en el carnet de control crónico, se verificará la asistencia a la atención programada hasta la fecha de aplicación del instrumento y se clasificará en “si” en caso de asistencia a todos los controles, y “no” si es que presenta inasistencias.

### TEST DE CONOCIMIENTOS:

El test de conocimientos, de 19 puntos, medirá los conocimientos sobre diabetes y las posibles complicaciones en los pies de los sujetos del estudio.

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos de los adultos mayores con pie diabético grado 0, controlados en centros de atención primaria y Consultorio de Especialidades, y qué factores están presentes en estas acciones.

#### Procedimiento

- La pregunta número 1, ¿Cómo define usted la diabetes?, se puede marcar más de una alternativa. El adulto mayor será quién considerará los conceptos nombrados como parte o no de su definición de diabetes. Para su análisis se compararán las respuestas con la siguiente tabla que determina los conocimientos acertados y los erróneos.

| Conocimientos Acertados   | Conocimientos Erróneos  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como una enfermedad crónica.</li> <li>- Como azúcar en la sangre.</li> <li>- Una enfermedad donde hay mayor probabilidad de contraer diabetes si algún familiar directo ha padecido de diabetes.</li> <li>- Una enfermedad que implica un cambio en el estilo de vida común que se llevaba anteriormente.</li> <li>- Una enfermedad que se caracteriza por orina frecuente, aumento de la sed, aumento del apetito.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como acumulación de grasa en la sangre.</li> <li>- Como una enfermedad que no necesita tratamiento.</li> <li>- Una enfermedad que se caracteriza por dolor de cabeza y del pecho.</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| <p>- La glicemia permite medir la cantidad de azúcar en la sangre.<br/>TOTAL= 6 PUNTOS</p> |  |
|--|--|

- La pregunta número 2, ¿La diabetes se puede complicar? Se medirá de la siguiente manera:
  - a) Si= 1 PUNTO
  
- La pregunta número 3: Si su respuesta es Sí ¿Qué órganos se pueden complicar? (total 4 PUNTOS)
  - a) Riñón
  - b) Ojos
  - c) Corazón
  - d) Pies
  
- La pregunta número 4, ¿Qué cuidados debe tener usted en su hogar como persona diabética con pie diabético? Corresponde a un total de 3 PUNTOS
  - a) Cuidar su alimentación,
  - b) Cumplir horarios de medicamentos
  - c) Revisar sus pies diariamente
  
- La pregunta número 5, ¿Cree que es importante tener un mayor cuidado con los pies cuando se es diabético? Se medirá de la siguiente manera:
  - a) Sí= 1 PUNTO
  
- La pregunta número 6: Si su respuesta es Sí ¿Por qué? (total 4 PUNTOS)

- a) Evita la aparición de hongos
- b) Previene el pie diabético
- c) Previene uñas encarnadas
- e) Evita la formación de heridas

La sumatoria final de los puntajes de este test de conocimientos se categorizarán para su análisis de acuerdo a la siguiente tabla:

| Categoría    | Puntos     |
|--------------|------------|
| Optimo       | 12-19      |
| Suficiente   | 8-11       |
| Insuficiente | menos de 8 |

## ANEXO 4

### CUESTIONARIO

#### **Consentimiento informado**

#### **Estimado Sr./Sra./Srta.:**

Solicitamos a usted tenga a bien responder este cuestionario que será de mucha utilidad para realizar un trabajo de investigación avalado por la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso, sobre las acciones de autocuidado y los factores que intervienen en la adopción de éstos cuidados por los adultos mayores diabéticos con pie diabético.

El acceder a contestar es voluntario sin que la negativa a ello, le perjudique en ningún aspecto de la atención que se le brindará. Se le asegura además la confidencialidad de todos los datos obtenidos.

El cuestionario es anónimo por lo que no será posible individualizar a los participantes. Las preguntas serán administradas por una alumna de enfermería de cuarto año de la Universidad de Valparaíso.

Le agradecemos responder de acuerdo a la(s) alternativa(s) más significativa(s) para Usted.

**Gracias por su cooperación.**

**Objetivo:** Determinar qué acciones de autocuidado toman adultos mayores con pie diabético grado 0, pertenecientes a la atención primaria de salud, y qué factores influyen en estas acciones.

### Datos generales

### CONSULTORIO:

---

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

#### 1. ¿Hasta qué curso llegó?

- a) Básica incompleta
- b) Básica completa
- c) Media incompleta
- d) Media completa
- e) Educación superior

#### 2. ¿Con quién vive? (puede marcar más de una alternativa)

- a) Esposa o conviviente
- b) Hijos
- c) Otro familiar
- d) Amigo(s)
- e) Vive solo

#### 3. ¿Ha notado si existen desniveles en el piso de su hogar?

- a) Sí
- b) No

#### 4. ¿En su casa existen escaleras?

- a) a) Sí
- b) b) No

Si su respuesta es Sí:

¿La escalera tiene?

- a) Solo barandas
- b) Solo antideslizantes
- c) Antideslizantes y barandas
- d) Ninguna de las anteriores

**5. Si su vivienda tiene dos pisos: ¿En qué nivel se encuentra su habitación?**

- a) Primer piso
- b) Segundo piso

**6. ¿Hace cuánto tiempo usted tiene diabetes?**

- a) Menos de 1 año
- b) Entre 1 - 3 años
- c) Entre 4 - 6 años
- d) Entre 7-10 años
- e) Más de 10 años

**7. ¿Quién le ayuda a usted en el cuidado de su diabetes y de sus pies? (puede marcar más de una alternativa)**

- a) Esposa
- b) Hijos
- c) Otro familiar
- d) Amigo
- e) Nadie

**8. ¿Usted pertenece a algún grupo comunitario o religioso?**

- a) Si
- b) No

**Si su respuesta es Sí (puede marcar más de una alternativa):**

**¿Cuál?**

- a) Club deportivo y recreación
- b) Junta de vecinos
- c) Centro de madres
- d) Iglesia
- e) Otro

**9. ¿Qué sentimientos ha generado a usted tener diabetes y pie diabético?**

- a) Sabe que está enfermo, pero ha sido difícil modificar su estilo de vida y cumplir el tratamiento.
- b) Tiene un sentimiento de pérdida y desesperación. Siente que es incapaz de esforzarse para superar su problema.
- c) No se considera enfermo
- d) Se siente tranquilo, acepta la enfermedad y modifica su estilo de vida, cumpliendo el tratamiento.

**10. ¿Ha recibido información sobre el cuidado de la diabetes y del pie diabético?**

- a) Sí
- b) No

**Si su respuesta es Sí:**

¿Quién le entregó esta información? (puede marcar más de una alternativa)

- a) La enfermera
- b) El médico
- c) Nutricionista
- d) Un familiar
- e) Televisión
- f) Radio
- g) Prensa escrita

**11. ¿Usted utiliza algún tipo de medicina alternativa para tratar el pie diabético?**

- a) Sí
- b) No

**Si su respuesta es Sí, ¿Cuáles?**

- a) Curandero o machi
- b) Hierbas o infusiones
- c) Rezos o cánticos
- d) Acupuntura
- e) Otros

**12. ¿Usted fuma?**

- a) Sí
- b) No

**Si su respuesta es Sí,**

¿Cuántos cigarrillos consume diariamente?

- a) 1 cigarrillo diario
- b) Entre 2 -5 cigarrillos diarios
- c) Entre 5-10 cigarrillos diarios
- d) 1 cajetilla de 20 cigarrillos diarios
- e) Más de 20 cigarrillos diarios
- f) Ocasionalmente

**13. ¿Usted bebe alcohol?**

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es Sí:

¿Cuántos vasos de alcohol bebe?

- a) 1 vaso el fin de semana
- b) 2 a 4 vasos el fin de semana
- c) 1 vaso día por medio
- d) 1 vaso diario
- e) Más de 1 vaso diario

**14. ¿Usted consume algún tipo de drogas?**

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es Sí:

¿Cuál (es)?

.....

**15. ¿De cuánto dinero mensual dispone para el cuidado de su alimentación, calcetines y zapatos?**

- a) Menos de 20.000
- b) Entre 20.000 - 40.000
- c) 40.000 o más
- d) No lleva la cuenta

**16. ¿Qué alimentos consume habitualmente?**

|          |   |
|----------|---|
| Desayuno | 1 taza de leche semidescremada o descremada + edulcorante, + media tostada (100 grs pan blanco) con queso y una fruta               |
| Almuerzo | Pescado blanco, pollo sin piel o conejo, presa mediana (200 grs) + plato lleno de ensaladas (lechuga) con aceite de oliva + 1 fruta |
| Once     | 1 taza de leche semidescremada o descremada + edulcorante, + media tostada (100 grs pan integral) con queso                         |
| Cena     | 1 plato lleno de verduras (espinaca, tomate, acelga) con aceite de oliva + 1 fruta  |

Colación media mañana: 1 yogurt descremado o semidescremado

Colación media tarde: 1 fruta

Bebidas: té, agua mineral, bebidas Light (con reemplazo de azúcar por edulcorante)

De acuerdo con la dieta consumida por el encuestado:

- a) Consume la dieta prescrita
- b) Consume a veces la dieta prescrita
- c) No consume la dieta prescrita

**17. Hay ocasiones en que Ud. no ha podido seguir las indicaciones de alimentación**

- a) Sí
- b) No

Si su respuesta es Sí, ¿Por qué?

.....  
.....

**18. ¿Usted utiliza medicamentos para controlar su glicemia? (insulina o hipoglicemiantes orales)**

- a) Sí
- b) No

Si su respuesta es Sí:

¿Ha presentado alguna dificultad para cumplir con su tratamiento en cuanto a horarios y administración? ¿Cuál o cuáles han sido los motivos?

.....  
.....

**19. ¿Usted ha tenido que interrumpir su tratamiento farmacológico?**

- a) Sí
- b) No

Si su respuesta es Sí, ¿Por qué?

.....  
.....

**20. ¿Qué tipo de ejercicio realiza usted?**

- a) Caminata día por medio por 30 min
- b) Caminata 1 vez a la semana
- c) Camina sin interrupciones, todos los días más de 20 min.

- d) Ninguna actividad
- e) Otra actividad ¿cuál? .....

**21. ¿Con qué frecuencia se lava usted los pies?**

- a) Diariamente
- b) Día por medio
- c) Una vez a la semana

**22. Después de cada baño, ¿Cómo seca sus pies?**

- a) No los seca
- b) Todo el pie cuidadosamente
- c) Todo el pie rápidamente
- d) Con secador

**23. ¿Cómo realiza el corte de uñas de los pies?**

- a) En forma recta
- b) Cortando los bordes, “sin dejar cachitos”
- c) Cortadas por un especialista (podólogo y o técnico enfermero)
- d) No se corta las uñas de los pies

**24. ¿Usted utiliza crema lubricante en los pies?**

- a) Si, en dorso y en la planta de los pies
- b) Sí, solo en la planta del pie
- c) Sí, solo entre los dedos
- d) Sí, todo el pie y entre los dedos
- e) No utilizo lubricante

**25. ¿Qué tipo de zapatos usa?**

- a) De suela alta y pesados (bototo)
- b) Amplios y cómodos de suela gruesa
- c) Amplios y cómodos con caña alta
- d) Con taco y apretados (botas, botines)

**26. ¿Qué tipo de calcetines usa?**

- a) De algodón sin costuras
- b) De algodón con costuras gruesas
- c) Con elásticos apretados
- d) De material sintético
- e) Pantys
- f) No ocupa calcetines

**27. ¿Cada cuanto tiempo revisa sus pies en búsqueda de alguna herida?**

- a) Diariamente
- b) Día por medio
- c) Una vez a la semana
- d) No los revisa

**28. ¿Asiste regularmente a los controles de salud?**

- a) Sí
- b) No

## ANEXO 5

### TEST DE CONOCIMIENTOS

#### 1. ¿Cómo define usted la diabetes? (Puede marcar más de una alternativa)

|   |   |
|---|---|
| • Como una enfermedad crónica ( )   | • Una enfermedad que implica un cambio en el estilo de vida común que se llevaba anteriormente ( )  |
| • Como azúcar en la sangre ( )  | • Una enfermedad que se caracteriza por orina frecuente, aumento de la sed, aumento del apetito ( ) |
| • Como acumulación de grasa en la sangre ( )  | • Una enfermedad que se caracteriza por dolor de cabeza y del pecho ( )                             |
| • Como una enfermedad que no necesita tratamiento ( )   | • La glicemia permite medir la cantidad de azúcar en la sangre ( )                                  |
| • Una enfermedad donde hay mayor probabilidad de contraer diabetes si algún familiar directo ha padecido de diabetes. ( ) |   |

#### 2. ¿La diabetes se puede complicar?

- a) Si
- b) No

#### Si su respuesta es Sí:

¿Qué órganos se pueden complicar? (puede marcar más de una alternativa)

- a) Riñón
- b) Ojos
- c) Corazón
- d) Pies
- e) Ninguno
- f) Otros.....

#### 3. ¿Qué cuidados debe tener usted en su hogar como persona diabética con pie diabético?

- a) Cuidar su alimentación,
- b) Cumplir horarios de medicamentos
- c) Revisar sus pies diariamente
- d) Ningún tipo de cuidados

**4. ¿Cree que es importante tener un mayor cuidado con los pies cuando se es diabético?**

- a) Sí
- b) No

Si su respuesta es **Sí** ¿Por qué? (puede marcar más de una alternativa)

- a) Evita la aparición de hongos
- b) Previene el pie diabético
- c) Previene uñas encarnadas
- d) Previene alergias
- e) Evita la formación de heridas