

Relación entre variables demográficas y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus

Relationship between demographic variables and self-caring practices of the elderly adult with diabetes mellitus

Zoila Esperanza Leitón Espinoza¹, Maritza Evangelina Villanueva Benites², Elizabeth Fajardo Ramos³

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre las variables demográficas y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2.

Método: Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional realizado en consultorios del Hospital Tomás La Fora Guadalupe (La Libertad, Perú), con 100 adultos mayores de 60 años y más, quienes cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Se midieron las variables demográficas y se utilizó la encuesta de prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Recolectada la información, se hizo un análisis bivariado para determinar la relación entre las variables demográficas y el nivel de prácticas de autocuidado, utilizando como herramienta estadística la prueba chi cuadrado.

Resultados: El mayor porcentaje de población se ubicó entre 66-70 años de edad (37 %), mujeres el 55 %; el mayor grado de instrucción fue primaria con 71 %; el mayor tiempo de enfermedad fue de 5 años y más y el 55 % tuvo un nivel de autocuidado bueno. Existe relación significativa entre el grado de instrucción ($X^2 = 29.118$ Valor $p = 0.000$) y tiempo de enfermedad ($X^2 = 21.596$ Valor $p = 0.000$) con el nivel de prácticas de autocuidado y no hay significancia entre edad y sexo.

Conclusiones: Los adultos mayores presentaron buena práctica de autocuidado, pero no lo suficiente para garantizar un buen manejo de su enfermedad, de ahí que para enfermería se convierte en un reto potenciar las capacidades para empoderarlos y ser agentes de su propio cuidado, considerando sobre todo el grado de instrucción y el tiempo de enfermedad.

Palabras clave: variables demográficas, prácticas de autocuidado, adulto mayor, diabetes mellitus.

¹ Profesora principal, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo (UNT). zoilaeiton@gmail.com

² Profesora principal, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP) Iquitos. maritzavilla59@hotmail.com

³ Profesora Titular, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima. Correo: efajardo@ut.edu.co

Correspondencia: Zoila Esperanza Leitón Espinoza. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo (UNT). zoilaeiton@gmail.com

Fecha de recepción: 21 de julio de 2017
Fecha de aceptación: 10 de diciembre de 2017

Abstract

Objective: To determine the relationship between demographic variables and self-care practices of the elderly with type 2 diabetes mellitus.

Method: quantitative, descriptive, correlational study carried out in the offices of Tomas La Fora Guadalupe Hospital (La Libertad, Peru), with 100 adults older than 60 years and older, who met the inclusion criteria and voluntarily accepted to participate in the study. The demographic variables were measured and the survey of self-care practices of the elderly with type 2 diabetes mellitus was used. Once the information was collected, a bivariate analysis was carried out to determine the relationship between the demographic variables and the level of self-care practices; using the chi square test as a statistical tool.

Results: The highest percentage of the population was between 66-70 years of age (37 %), women 55 %, the highest level of education was primary with 71 %, the longest time of illness was 5 years and more and 55 % had a good level of self-care. There is a significant relationship between the level of instruction ($X^2 = 29.118$ Value $p = 0.000$) and time of illness ($X^2 = 21.596$ Value $p = 0.000$) with the level of self-care practices and there is no significance between age and sex.

Conclusions: Older adults presented a good practice of self-care, but not enough to guarantee good management of their disease. Therefore, for nursing it becomes a challenge to strengthen the capacities to empower them and be agents of their own care considering above all the degree of instruction and sick time.

Keywords: demographic variables, self-care practices, Elderly, Diabetes Mellitus.

INTRODUCTION

Estamos viviendo una globalización mundial del envejecimiento y debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo etario. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones a 2000 millones, que representa un aumento del 12 al 22 % (1).

El envejecimiento es un proceso normal del desarrollo inherente a la vida del ser humano, sin embargo, los cambios son complejos. Para algunos serán difíciles de afrontarlos y para otros reflejan el desarrollo psicológico permanente que explica por qué la vejez puede ser un periodo de bienestar. Sin embargo, hay que

reconocer que el envejecer está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares que reducen gradualmente las reservas fisiológicas, disminuyen en general la capacidad intrínseca del individuo y aumentan el riesgo de presentar diabetes mellitus, porque el envejecimiento está indisolublemente vinculado a las enfermedades crónicas (2).

Es este contexto globalizado la salud continúa siendo en este siglo una prioridad en el mundo, porque una buena salud es uno de los tres indicadores del desarrollo sostenible (3). de ahí la importancia del abordaje de las enfermedades no transmisibles como la diabetes, que está considerada como una epidemia según la Organización Mundial de la Salud (4), y una catástrofe social mundial para la Federación Internacional de Diabetes (5).

La diabetes es uno de los desafíos de salud y desarrollo más importantes del siglo XXI y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) mundiales para intervenir prioritariamente (5). Es una grave enfermedad crónica progresiva caracterizada por la elevación de concentraciones de glucosa en sangre, que es más proclive al envejecer. Según la Federación Internacional de Diabetes, en 2017 en el mundo alrededor de 425 millones de personas adultas tienen diabetes, que representan el 8,8 % y una de cada 2 adultos no han sido diagnosticados (212 millones). Así mismo, aproximadamente 4,0 millones de personas morirán de diabetes, lo que equivale a un fallecimiento cada ocho segundos (6).

La diabetes y sus complicaciones generan grandes pérdidas económicas para las personas y sus familias, para los sistemas de salud y las economías nacionales por los costos y la pérdida de trabajo e ingresos (7).

En el Perú, más de 1 millón de peruanos de 18 años a más padecen de diabetes, con una prevalencia de 5,9 %-6,9 % y mortalidad de 7,8 % (6,8). Según el informe de la Situación de Salud de la Población Adulta Mayor-2014, el 8,2 % de adultos mayores del Perú fue diagnosticado de diabetes y mayormente en mujeres (8,9 %) que en hombres (7,5 %). En el área urbana, el 10,2 % padece esta enfermedad y 3,3 % en el área rural, y según región, los mayores porcentajes se presentaron en Lima Metropolitana (12,2 %) y en La Libertad 5,8 % (9).

Si no se la controla adecuadamente, la diabetes causa enormes complicaciones devastadoras en el organismo e incrementar el riesgo de muerte prematura. Entre las posibles complicaciones se incluyen: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal (10 veces más alta en personas con dia-

betes), cada 30 segundos alguien pierde en el mundo una extremidad inferior, pérdida de visión, que afecta a un tercio, y daños neurológicos potencialmente letales, lo cual aumenta los costes de la atención sanitaria y disminuye la calidad de vida (6,7), de ahí que en el manejo de la diabetes se le da gran importancia al autocuidado del paciente.

El autocuidado es un proceso activo, responsable, flexible y adaptativo que implica que el paciente vigila y responde activamente a las condiciones ambientales y biológicas cambiantes que requieran los diferentes aspectos del tratamiento de la diabetes (10), siendo necesario que el adulto mayor ponga en práctica el autocuidado en nutrición, actividad y ejercicio, cuidado de los pies y la farmacoterapia, vigilando las concentración de glucosa sanguínea y para mantener el control metabólico adecuado y previniendo las complicaciones para una mejor calidad de vida (11,12). Si estas medidas de autocuidado se llevan a cabo podrán prevenir o retrasar las complicaciones de la diabetes, limitar la incapacidad, favorecer la autonomía y disminuir el riesgo de muerte.

Para Orem, el autocuidado es el medio que fomenta al máximo el control de la salud y de la vida, y en su teoría de enfermería sobre autocuidado lo define como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar” (13). Por lo tanto, el adulto mayor debe convertirse en un elemento participativo. Se hace necesario destacar que el fundamento del autocuidado es un compromiso de asumir la responsabilidad de su propio cuidado, y los profesionales de enfermería se convierten en el recurso indispensable para conseguirlo a través de su rol educador como promotor de

la salud y de la vida abordando los problemas de autocuidado.

Identificar los factores que pueden estar influenciando las prácticas de autocuidado es importante para generar estrategias de un manejo adecuado de la diabetes y evitar o controlar las complicaciones y la muerte prematura en los adultos mayores, especialmente en nuestro país, donde la incidencia y prevalencia van en aumento. En tal sentido, este estudio buscó explorar la relación entre los factores demográficos: edad, sexo, grado de instrucción, tiempo de enfermedad y prácticas de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en consultorios del Hospital Tomás La Fora Guadalupe en La Libertad, Perú.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo, transversal, correlacional; realizado en 2010, en 100 adultos mayores de 60 años y más, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, atendidos en consultorios del Hospital Tomás La Fora de Guadalupe en La Libertad, Perú.

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, y para la toma de la información se firmó consentimiento informado por parte de los participantes, luego de conocer las generalidades y naturaleza del mismo.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: adultos mayores de 60 años y más, de ambos sexos, cognición normal, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 sin complicaciones severas, que aceptaron participar en la investigación.

Para la recolección de la información se utilizó la escala para valorar la práctica de autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. La confiabilidad del instrumento se hizo a través del coeficiente del alfa de cronbach = 0.799, y la validez fue hecha por juicio de expertos y por la correlación de Pearson $r = 0.632$ $p = 0.001$, altamente significativo. Escala diseñada por las autoras basadas en las medidas de autocuidado de la diabetes y conceptos de autocuidado de Dorothea Orem (13) contiene 26 ítems que valoran la práctica de autocuidado del adulto mayor en nutrición, farmacoterapia, ejercicio, higiene y cuidado personal. Esta escala alcanza una puntuación máxima de 52 puntos y una mínima de 0 puntos, con la siguiente escala de niveles: práctica de autocuidado bueno: 27-52 puntos, práctica de autocuidado regular: 14-26 puntos y práctica de autocuidado malo: 0-13 puntos. También se tomó la información de los factores demográficos: sexo, edad, grado de instrucción y tiempo de enfermedad.

La información recolectada se analizó utilizando la estadística descriptiva, y el análisis bivariado para determinar la relación de las variables utilizando la prueba de chi cuadrado. Se estableció significancia estadística con valores de $p < 0.05$.

RESULTADOS

El mayor porcentaje (37 %) de pacientes adultos mayores con diabetes estuvieron en edades de (66 a 70 años). El 55% fue de sexo femenino, el 71 % presentó grado de instrucción primaria y el 59 % tiene más de 5 años de tiempo de enfermedad (tabla 1). Los pacientes con diabetes presentaron un nivel de prácticas de autocuidado bueno (55 %) (tabla 2).

Los factores demográficos, grado de instrucción ($\chi^2 = 29.118$ Valor $p= 0.000$) y tiempo de enfermedad ($\chi^2 = 21.596$ Valor $p= 0.000$) tienen alta significancia estadística con el nivel de prácticas de autocuidado en el adulto mayor con diabetes (tablas 5 y 6). Sin embargo, las variables edad y sexo no fueron significativas (tablas 3 y 4).

Tabla 1. Distribución de frecuencia de 100 adultos mayores con diabetes mellitus según factores demográficos

Edades	n°	%
60 a 65 años	31	31.0
66 a 70 años	37	37.0
71 a más años	32	32.0
Total	100	100.0
Sexo	no	%
Femenino	55	55.0
Masculino	45	45.0
Total	100	100.0
Grado de Instrucción	no	%
Sin instrucción	22	22.0
Primaria	71	71.0
Secundaria	7	7.0
Superior o Técnico	0	0.0
Total	100	100.0
Tiempo de Enfermedad	no	%
Menor de 1 año	6	6.0
De 1 a 5 años	35	35.0
Más de 5 Años	59	59.0
Total	100	100.0

Fuente: Información obtenida de los test

Tabla 2. Distribución de frecuencia de 100 adultos mayores con diabetes mellitus según la práctica de autocuidado

Nivel de Prácticas de Autocuidado	n°	%
Malo	8	8.0
Regular	37	37.0
Bueno	55	55.0
Total	100	100.0

Fuente: Información obtenida de los test

Tabla 3. Distribución de frecuencia de 100 adultos mayores con diabetes mellitus según la práctica de autocuidado y edad

Nivel de Prácticas de Autocuidado	Edad						Total	
	60 a 65 años		66 a 70 años		71 años a más		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Malo	5	16.1	6	16.2	11	34.4	22	22.0
Regular	22	71.0	27	73.0	20	62.5	69	69.0
Bueno	4	12.9	4	10.8	1	3.1	9	9.0
Total	31	100.0	37	100.0	32	100.0	100	100.0

Fuente: Información obtenida del test

Valor Chi-Cuadrado: $X^2 = 4.200$

Valor $p = 0.122$

No Significativo (No hay relación entre las variables)

Tabla 4. Distribución de frecuencia de 100 adultos mayores con diabetes mellitus según la práctica de autocuidado y sexo

Nivel de Prácticas de Autocuidado	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		no	%
	no	%	no	%		
Malo	14	25.5	8	17.8	22	22.0
Regular	36	65.5	33	73.3	69	69.0
Bueno	5	9.1	4	8.9	9	9.0
Total	55	100.0	45	100.0	100	100.0

Fuente: Información obtenida del test.

Valor Chi-Cuadrado: $X^2 = 0,850$

Valor $p = 0.357$

No Significativo (No hay relación entre las variables)

DISCUSIÓN

En la tabla 1 se resumen las características de la población en estudio, y se evidencia que la diabetes se presentó mayormente en los adultos mayores de 66 a 70 años, y disminuyó ligeramente a mayor edad dentro de este grupo poblacional. En Perú, según el informe de la Situación de Salud de la Población Adulta Mayor 2014, reporta una prevalencia coincidente por edad, y se observó el mayor porcentaje en los de 75 a 79 años, y disminuyó

en los de 80 años y más (9). Al respecto, Rodríguez y cols. (14), refieren que la prevalencia de la diabetes aumenta con la edad, la mitad de estos pacientes corresponden a adultos mayores, y constituye una amenaza en contra del envejecimiento exitoso. Además, en personas mayores de 65 años se calcula que hasta el 20 % tiene diabetes, 50 % intolerancia a la glucosa y en la mitad no se ha diagnosticado constituyendo un gran problema de salud pública.

Se encontró que la mayoría son **de sexo femenino**; estos resultados son similares a nivel mundial y Latinoamérica, donde se viene generando un proceso de feminización del envejecimiento (15-18). La mayor supervivencia de la mujer adulta mayor la coloca en una posición de vulnerabilidad, fragilidad, discapacidad y de riesgo porque vidas más longevas no son necesariamente más saludables. **El mayor grado de instrucción** primaria encontrado podría atribuirse a que una de las mayores desigualdades radica en que las personas mayores pertenecen a una generación en la que el analfabetismo y la baja escolaridad fueron características dominantes a lo largo de su vida, lo cual tuvo como resultado privaciones sociales, económica y ser una limitante para su aprendizaje, autorrealización y trascendencia.

En cuanto al **tiempo de enfermedad**, el 59 % tiene más de 5 años, datos similares encontrados por Haya y Paim (19). El tiempo de evolución de la diabetes y la expectativa de vida activa del paciente resultan de gran importancia para planificar los objetivos terapéutico; caso contrario, a mayor tiempo de enfermedad sin control sufrirán las consecuencias y complicaciones devastadoras e irreversibles, lo cual afecta en grado notable el bienestar y funcionalidad, ya que la diabetes se encuentra entre las 10 principales causas de discapacidad en el mundo y socava la productividad y el desarrollo humanos y las instituciones de salud (5).

La población de adultos mayores cuenta con la proporción más alta de enfermedades crónicas y discapacidades funcionales, siendo la diabetes mellitus una de ellas. Mejorar la calidad de vida se convierte en la principal prioridad, y la educación para el autocontrol no es una opción, es un imperativo (5) por ello el autocuidado se convierte en la mejor estrategia para conseguirlo.

En este estudio se encontró que 55 % de los adultos mayores tienen buenas prácticas de autocuidado (farmacoterapia, alimentación, ejercicio, cuidado de los pies e higiene), siendo insuficiente para el control y mantenimiento de la diabetes, debido a la importancia del autocuidado, que no es parte del tratamiento sino el tratamiento. Diferentes autores han reportado resultados similares, como los de Holguín y Torres (20) y Flores y cols. (21). Estos resultados concuerdan con Krieger-Blake (22), quien refiere que a medida que se envejece, el autocuidado puede volverse más complejo e imposible de realizarlo por los cambios en los órganos de los sentidos, sistema nervioso y funciones cognitivas como la memoria, entre otras. También la desmotivación, depresión, soledad, abandono, estereotipos negativos, pobreza, falta de educación dificultan o impiden la práctica de autocuidado en la vejez.

Al respecto Orem en su teoría de enfermería menciona que “la enfermería tiene como preocupación especial la necesidad del individuo para la acción de autocuidado y su provisión y administración de modo continuo, para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad y adaptarse a sus efectos”. Cuando no se mantiene el autocuidado sobrevendrá la enfermedad, el malestar o la muerte (13). Al respecto existen pruebas fehacientes de que los programas de autocuidado mejoran el estado de salud, las discapacidades, reducen la utilización de los servicios y los costos. La OMS reconoce la necesidad de apoyar los esfuerzos de los pacientes en el autocuidado, y los profesionales de enfermería deben desempeñar una función importante en las intervenciones orientadas a los pacientes al educarlos y facilitar el manejo de la enfermedad (10).

En cuanto al autocuidado en la farmacoterapia para el manejo de la enfermedad, el control de la hiperglucemia, la adherencia al tratamiento y vigilancia son esenciales (14). También Gómez et al. (23) al analizar los beneficios del control glucémico afirman que “las personas ancianas con diabetes tienen mayores tasas de discapacidad, mayor riesgo de cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular y muerte en comparación con individuos sin diabetes”. Además, el mal control de la diabetes en ancianos se asocia a un mayor deterioro cognitivo, depresión, inmovilidad, caídas y abatimiento funcional, de ahí la importancia del autocuidado (14).

Referente al autocuidado en la alimentación y la práctica de ejercicio, en este estudio también se encontró que son insuficientes. El objetivo de las intervenciones nutricionales es lograr el mejor control de la glicemia y la reducción de los factores de riesgos de enfermedad cardiovascular sin afectar la calidad de vida, la salud. Esto incluye: balancear el consumo de alimentos, el ejercicio, la insulina y los medicamentos. En general, la American Diabetes Association recomienda que los carbohidratos y las grasas monoinsaturadas juntas proporcionen 60 a 70 % del consume energético (24).

En las investigaciones de Diabetes Prevention Study se comprobó que los mayores de 65 años responden mejor a la dieta y el ejercicio que los jóvenes (14). El ejercicio físico regular tipo resistencia es importante porque favorece una mejor tolerancia de la glucosa, aumenta la fuerza muscular, disminuye la grasa corporal, mejora consumo de oxígeno y el perfil lipídico, mejor circulación sanguínea y la calidad de vida (12,25-27).

En cuanto al autocuidado de los pies, recobra una gran importancia, debido a que implica un riesgo 10 veces mayor de amputación (24). Las personas con diabetes mellitus tienen mayor probabilidad de sufrir problemas en los pies, puede causar daños a los vasos sanguíneos y nervios, y disminuir la capacidad del cuerpo para combatir infecciones. Se considera como medidas de autocuidado la higiene corporal y de los pies (higiene, hidratación, uso apropiado de medias y zapatos, recorte de uñas e inspección rutinaria), que favorecen la seguridad, comodidad y bienestar de la persona y promueven la salud de los pies y previenen amputaciones (25).

Por lo tanto, el autocuidado permite que el paciente adulto mayor con diabetes tome decisiones en el desarrollo de sus propias potencialidades, se siente valioso, independiente, seguro y capaz de contribuir en sus propios cuidados y prevenir complicaciones. Sin embargo, esta práctica, de autocuidado está condicionada muchas veces a factores que pueden determinar su buena práctica como la edad, sexo, nivel de instrucción y tiempo de enfermedad variables consideradas en este estudio.

En este estudio la edad del adulto mayor no evidenció una relación significativa con la práctica de autocuidado. Esto refleja que existe una misma conducta de autocuidado independiente de la edad. Sin embargo, se observa que a mayor edad, menos práctica adecuada de autocuidado. Entre los estudios no coincidentes se puede mencionar el realizado por Salcedo (28) y Flores y cols. (21), quienes encontraron que la edad y el nivel de prácticas de autocuidado tuvieron significancia estadística. La edad es una señal que el paciente es responsable de sí mismo, así como puede indicar una necesidad de asistencia

por vivir en un estado de dependencia en las actividades de la vida diaria, que resulta de la enfermedad o tratamiento o de la propia edad (29). También los adultos mayores tienen gran interés en el fomento de su salud y prevenir o manejar su enfermedad, y muchos están dispuestos a adoptar hábitos para su bienestar y se benefician con actividades de autocuidado. Sin embargo, pueden existir otros factores a parte de los cambios de la vejez que limitarían el autocuidado, como desmotivación, otras enfermedades, no tenencia de asistencia, apoyos sociales, entre otros.

La variable sexo, de este estudio no tuvo relación significativa con la práctica de autocuidado. Estos resultados no coinciden con lo encontrado por Armijo y Flores (30), Bernui y Castro (31) y Flores y cols. (21), quienes refieren que el sexo tiene significancia estadística. Se ha atribuido a las mujeres mayor tendencia a cuidar de sí mismas y a buscar atención en su salud. Por otro lado, respecto a los varones, es muy probable que por los diferentes roles y responsabilidades sociales descuiden su apariencia personal, fumen, beban alcohol y estén expuestos a toxinas peligrosas, evidenciándose así una inadecuada práctica de cuidados (17). Si bien es cierto que las mujeres se cuidan más que los varones, los resultados encontrados muestran la no significancia estadística, que podría atribuirse a que la cultura de autocuidado está internalizada sin diferencia de género y que los adultos mayores varones tienen más tiempo para decirse a su cuidado y con mayor motivación.

Según Delgado (32), el grado de instrucción es un factor importante en la práctica de autocuidado, como lo evidencia los resultados. Al respecto Salcedo y cols. (28) demuestran coincidencia con este resultado. Un alto nivel de instrucción permite modificación

de conductas, actitudes y hábitos; se espera que a mayor grado de instrucción exista más conocimiento sobre la promoción de la salud, enfermedades y prevención de estas, lo cual permitirá actuar con responsabilidad para informarse, orientarse y guiar sus esfuerzos mediante un proceso de aprendizaje, y obtener capacidad de llevar a cabo acciones adecuadas de autocuidado para el mejoramiento y conservación de su salud y manejo de su enfermedad (33). En cambio, las personas sin grado de instrucción están más expuestas a desarrollar enfermedades y complicaciones, con la posibilidad de que sean seriamente afectadas o morir de estas.

El tiempo de enfermedad influye en el cuidado del paciente con diabetes mellitus. El haber encontrado relación significativa coincide con lo reportado por Pousa Reis (34). También Figueroa y Gamarra (2013) al medir la prevalencia del no control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 encontraron una asociación de no control metabólico con diabetes de más de 10 años de duración: RP 1.35 (IC 95% 1.08-1 (35). Al inicio, cuando recién se ha diagnosticado la diabetes, los pacientes viven un proceso de adaptación al tener que adherirse a un plan de tratamiento de por vida y con las graves consecuencias, debido a lo cual experimentan ansiedad, desesperanza, depresión, miedo lo que dificulta sobrellevar la enfermedad, hasta que finalmente aceptan su enfermedad lo cual garantiza una mejor adaptación, y necesitan tiempo para comprender la trascendencia de la enfermedad y el efecto que ejercerá en su vida (11). Es por ello que a medida que aumenta el tiempo de enfermedad, las medidas de autocuidado practicadas serán mejores, porque lograrán adaptarse y aprender a vivir con la enfermedad.

El éxito y el abordaje en afrontar la diabetes hace necesario cuidados compartidos, integrales, coordinados y continuados con el equipo y los servicios de salud, y direccionar los programas hacia la prevención de la diabetes, fortalecer los cuidados para el control y mantenimiento, prevenir las complicaciones y evitar la muerte prematura por falta de autocuidado (12).

En este contexto, para enfermería cobra importancia su rol educador como promotor de salud, innovador y conductor de estrategias para promover la adaptación a la enfermedad y enseñar a sobrellevarla en alianza con los pacientes y sus familias y ayudar al adulto mayor a darse cuenta de que puede aún disfrutar de un estilo de vida saludable. Y aportar al envejecimiento exitoso y con bienestar.

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: autofinanciado.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de La Salud (OMS). Envejecimiento y ciclo vital. Datos y Cifras. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/ 2017.
2. Organización Mundial de La Salud. (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Publicaciones Organización Mundial de la Salud; 2015.
3. Leitón-Espinoza Z, Fajardo-Ramos E, Luna Victoria-Mori F. Caracterización del estado de Salud de los adultos mayores en la Región La Libertad (Perú). *Salud Uninorte*. 2017; 33 (3): 152-167. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud>
4. Organización Mundial de la salud. (OMS). Diabetes: Día Mundial de la Salud 2016: Vence a la Diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/es/>
5. Federación Internacional de Diabetes (FID). Plan Mundial Contra la Diabetes 2011-2021. Bruselas; 2011.
6. Federación Internacional de Diabetes (IDF). Diabetes Atlas de la IDF. (8ª ed.) 2017. Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org/>
7. Organización Mundial de la salud (OMS). Informe mundial sobre la Diabetes. Catalogación por la Biblioteca de la OMS, Geneva, Switzerland. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1 2016.
8. Organización Mundial de la salud (OMS) Diabetes Perfiles del Perú 2016. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/per_es.pdf?ua=1&ua=1
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI). Perú: Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2014. Lima, Perú; 2015.
10. OMS 2004. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Traducido al castellano e impreso por la Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Enfermedades No Transmisibles) Washington, D.C., 2004. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=270&lang=en
11. Stanley M, Blair K, Gauntlett B. Enfermería Geriátrica. (3ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana; 2009.
12. Rodríguez-Mañas L, Sinclair A, Castro-Rodríguez M. El anciano con Diabetes mellitus. In: Abizanda-Soler P, Rodríguez-Mañas L. Tratado de medicina Geriátrica. Fundamentos de la Atención sanitaria a los mayores. España: El sevier; 2015. p. 621-629.
13. Orem D. Teoría del Déficit de Autocuidado. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Harcourt-Brace; 1983.
14. Rodríguez-García R, Lazcano-Botello G, Medina-Chávez H, Hernández-Martínez M. Práctica de la Geriátrica. (3ª ed.). México: McGraw-Hill; 2011.

15. International Longevity Centre Brazil (ILC-Brazil). Envejecimiento Activo: Un marco político ante la revolución de la longevidad. Brasil: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015.
16. Barrera L. Demografía: el Adulto Mayor en la estructura poblacional. In Organización Panamericana de la Salud. La Salud de los mayores: una visión Compartida. (2ª ed.). Washington: OPS. p. 23-36.
17. Papalia D, Feldman R, Martorell G. Desarrollo Humano. (12ª ed.). México: McGraw-Hill Educación; 2012.
18. Huenchuan S, Fassio A, Carlos S, Osorio P, Worobiej A, Batthyany et al. Envejecimiento y Género y Políticas Pública. Uruguay: Zona libro; 2010.
19. Haya K, Paima K. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Programa Diabetes Mellitus. Hospital Essalud - II Tarapoto. 2012. Trabajo de grado para optar el título de licenciado en Enfermería. Universidad Nacional de San Martín, Facultad de Enfermería. Disponible en: http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_99_Binder1.pdf
20. Holguín S, Torres Z. Factores protectores y su relación con el nivel de autocuidado del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible. Laredo. Essalud. 2003. Trabajo de grado para optar el título de licenciado en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Enfermería.
21. Flores-Pérez, M, Garza-Elizondo, M, Hernández-Cortés P. **Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. Monterrey, México.** Rev enferm Herediana. 2015;8(2):70-74. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Perla_Hernandez_Cortes/publication/291140480_Autocuidado_en_el_adulto_mayor_con_diabetes_tipo_2_Monterrey_Mexico/links/56eab79e08ae95fa33c84adf.pdf
22. Kreiger-Blake I. Cambios que Afectan a la independencia en los últimos años de la Vida. En: Kail R, Cavanaugh J. Desarrollo Humano. Una Perspectiva del Ciclo vital. (3ª ed.). México: Thomson; 2006.
23. Gómez R, Díez J, Formiga F, Tejedor J, Rodríguez L, González S. et al. (2012). Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. Med Clin (Barc).2012. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.003>
24. Brown J. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. (3ª ed.). México: McGraw-Hill; 2010.
25. Stanley M, Blair K, Gauntlett B. . Enfermería Geriátrica (3ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana; 2009.
26. Weinstock R, Brooks G, Palmas W, Morin P, Teresi J, Eimicke J. et al. Lessened decline in physical activity and impairment of older adults with diabetes with telemedicine and pedometer use: results from the IDEATel study. Age and Ageing. 2011; 40 (2): 98-100. Available at: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/40/1/98.full.pdf+html> doi:10.1093/ageing/afq147
27. Eliopoulos Ch. Enfermería Gerontológica (8ª ed.). China: C&C Officer-China; 2014.
28. Salcedo-Rocha Ana L, Alba-García Javier E García de, Sevilla Elizabeth. Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico en México. Rev. Saúde Pública. abril 2008; 42(2): 256-264. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000200010>.
29. Bocanegra N, Cigarón- Méndez M. Análisis de la Actividad. En Millán J. Gerontología y Geriatria. Valoración e intervención. España: Médica Panamericana; 2011.
30. Armijo-Villegas F, Flores-Velásquez J. Factores biológicos, sociales y culturales relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro. AA. HH. Esperanza baja, Chimbote, 2014 [Trabajo de grado para

- optar el título de licenciado en Enfermería. Universidad Nacional del Santa, Facultad de Enfermería.
31. Bernui-Salas Susan, Castro-Morillo Lorena. Factores Biosicosociales en el Autocuidado de la persona adulta mayor en el Distrito de la Esperanza. 2014. Trabajo de grado para optar el título de licenciado en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Enfermería.
 32. Delgado-Linares I. Atención y Apoyo Psicosocial. España:Paraninfo; 2014.
 33. Yuri J, Urbano C. Educación de adultos mayores. Argentina: Brujas; 2004.
 34. Pousa-Ries M. Nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabético tipo 2 de la UNF No.8 de Aguascalientes.2017. Trabajo de grado de especialista en medicina familiar. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Nacional de Trujillo, Facultad de Medicina.
 35. Figueroa C, Gamarra G. Factores asociados con no control metabólico en diabéticos pertenecientes a un programa de riesgo cardiovascular. 2013. Acta Med Colomb 83(4): 213-221. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v38n4/v38n4a06.pdf>