



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
División Académica de Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“Empoderamiento y Adherencia Terapéutica en Adultos Mayores de una
Institución de Seguridad Social Mexicana”.**

**Tesis para obtener el grado de:
Maestro en Gerontología Social Integral**

Presenta:

L.E.Q Edgar Eduardo Gómez González.

Directores:

Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez

Dr. Eloy Maya Pérez

Asesor

Dra. María Isabel Avalos García

Villahermosa, Tabasco.

Septiembre 2023.



Carta de Autorización para la Impresión Tesis



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



2023
FRANCISCO
VILLA

Villahermosa, Tabasco, 14 de septiembre de 2023

Of. No. 0445/DIRECCIÓN/DACS

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Edgar Eduardo Gómez González
Maestría en Gerontología Social Integral
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **"EMPODERAMIENTO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES DE UNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA"** con índice de similitud **9%** y registro del proyecto **No. JI-PG-043**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Carmen De la Cruz García, Dra. Flore del Pilar González Javier, Dr. Antonio Becerra Hernández, Dra. Aralucy Cruz León y la Mtra. Margarita Magaña Castillo. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Maestría en Gerontología Social Integral**, donde fungen como Directores de Tesis: Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez y el Dr. Eloy Maya Pérez.

Atentamente

Mirian Carolina Martínez López
Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

C.c.p.- Dr. Heberto Romeo Priego Alvarez.- Director de tesis
C.c.p.- Dr. Eloy maya Pérez.- Director de Tesis
C.c.p.- Dra. Carmen De la Cruz García.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Flor del Pilar González Javier.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Antonio Becerra Hernández.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Aralucy Cruz León.- Sinodal
C.c.p.- Mtra. Margarita Magaña Castillo.- Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC/MCMU/DC/IMP/IKrd*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION



Carta de Cesión de Derechos

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 30 del mes de Agosto del año 2023, el que suscribe, Edgar Eduardo Gómez González, alumno del programa de la Maestría en Gerontología Social Integral, con número de matrícula 212E65002 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Empoderamiento y Adherencia Terapéutica en Adultos Mayores de una Institución de Seguridad Social Mexicana”**, bajo la Dirección del Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez y Dr. Eloy Maya Pérez, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: heberto_priego@hotmail.com edgargomez3190@gmail.com.mx Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Edgar Eduardo Gómez González
Edgar Eduardo Gómez González

Nombre y Firma





Acta de revisión de Tesis



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



2023
FRANCISCO
VILLA

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 12:00 horas del día 30 del mes de agosto de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"EMPODERAMIENTO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES DE UNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA".

Presentada por el alumno (a):

Gómez González Edgar Eduardo

Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2	1	2	E	6	5	0	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Maestro en Gerontología Social Integral

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez

Dr. Eloy Maya Pérez

Directores

Dra. Carmen De la Cruz García

Dra. Flor del Pilar González Javier

Dr. Antonio Becerra Hernández

Dra. Aralucy Cruz León

Mtra. Margarita Magaña Castillo



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por estar presente y guiarme siempre en mi vida por brindarme las oportunidades, sabiduría, y entendimiento para así culminar esta meta que me propuse un día en mi vida.

A mi alma mater la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud, por ser mi casa de estudio y formación académica.

Al Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez y al Dr. Eloy Maya Pérez, por asesorarme y guiarme en todo este proyecto, por su apoyo y enseñanza en todo momento.

A la Dra. María Isabel Avalos García, por su gran apoyo y asesorías en esta investigación.

A mis amigos que siempre me han apoyado en toda esta travesía, gracias por su apoyo, y especialmente a aquellos quienes estuvieron durante mi formación, principalmente a Jaz.

A mis padres por darme la vida, con la cual he logrado cada meta.

A mis grandes amigos, ejemplos de vida y superación, Edgar García García y Lorena Vázquez Hernández. A la Señora. Miriam García Por confiar en mí y mi espíritu de superación.

Agradezco a la Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez por todas sus Gestiones para que este gran proyecto llegara a su culmino.

Agradezco a todos los participantes e institución que con mucho entusiasmo participaron en esta investigación.



DEDICATORIAS

A mi madre por siempre estar ahí conmigo cuando más la necesite, gracias por su cariño, guía y apoyo, los amo.

A mis hermanos por apoyarme en todo momento, en especial a mi hermana Cindi por contar con ella incondicionalmente, y en especial a mi amigo Edgar García por ser mi fuente de inspiración y mi motivo en esta gran travesía.

A la Dra. Carmen de la Cruz García y Dra. María Asunción Vicente Ruíz por regalarme su enseñanza en la parte de los saberes, gracias.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



INDICE

Agradecimientos.....	V
Dedicatorias.....	VI
Resumen.....	VIII
Abstract.....	IX
Glosario.....	X
Abreviaturas.....	12
1. Introducción.....	13
1.1 Antecedentes.....	15
1.1.1 Panorama internacional.....	17
1.1.2 Panorama nacional.....	19
1.1.3 Panorama estatal.....	20
1.2 Adherencia terapéutica en diabetes.....	21
1.3 Empoderamiento en el paciente con diabetes.....	22
1.4 Estudios relacionados.....	22
2. Planteamiento del problema.....	27
3. Justificación.....	31
4. Objetivos.....	35
4.1 General:.....	35
4.2 Específicos:.....	35
5. Material y métodos.....	36
5.1 Tipo de investigación:.....	36
5.2 Universo.....	36
5.3 Muestreo.....	36
5.4 Criterios de selección de los participantes:.....	37
5.4.1 Criterios de inclusion:.....	37
5.4.2 Criterios de exclusion:.....	37
5.5 Método e instrumento de recolección de datos.....	37
5.6 Análisis de datos.....	39
5.7 Hipótesis de la investigación.....	40
5.8 Identificación de variables.....	40
5.9 Operacionalización de variables.....	40
5.10 Consideraciones éticas.....	50
6. Resultados.....	52
6. Discusión.....	58
7. Conclusiones.....	60
8. Recomendaciones.....	61
9. Limitación del estudio.....	62
10. Referencias bibliográficas.....	63
11. Anexos.....	69
Introducción.....	81
Educación en la diabetes mellitus.....	88
Modelo en creencias en salud.....	90



Guía y técnicas didácticas	91
A) Método explicativo	93
Explicación oral.....	93
B) Técnicas de aprendizaje demostrativo	93
La simulación	94
C) Técnicas de descubrimiento	95
Resolución de problemas	95
D) Técnicas de trabajo en grupo	95
El debate dirigido o discusión guiada	95
Philipps 66.....	96
Role playing	96
El foro.....	96
Métodos para el aprendizaje.....	97
Acciones.....	97
Diagrama de la intervención	99
Primera fase: diagnóstico basal	99
Segunda fase: diseño	100
Tercera fase: ejecución	100
Cuarta fase: evaluación final	101
Flujograma de intervención.....	103
Participación del cuidador primario en la intervención educativa	104
Recursos materiales y presupuesto.....	112
Recursos humanos	113
Financiamiento.....	113
Cronograma de actividades	113



Índice de tablas

Tabla 1	Características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, derechohabientes de la CMF del ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022	53
Tabla 2	Edad de los adultos mayores y años de evolución de la diabetes mellitus tipo 2, derechohabientes de la CMF del ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022.	52
Tabla 3	Comorbilidades asociadas adulto mayores con diabetes tipo 2 derechohabientes de la CMF ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022	54
Tabla 4	Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 en los adultos mayores, de la CMF del ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022.	54
Tabla 5	Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en los adultos mayores, derechohabientes de la CMF del ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022	55
Tabla 6	Nivel de empoderamiento de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2	56
Tabla 7	Adherencia Terapéutica en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, derechohabientes de la CMF del ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022.	56
Tabla 8	Correlaciones de Pearson, Adherencia y Empoderamiento de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, de la CMF ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022	57
Tabla 9	Resultado estadístico de la prueba Chi Cuadrada sobre el empoderamiento y Adherencia en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 derechohabientes de la CMF del ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022	57



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El empoderamiento del paciente se considera como una alternativa viable, conceptualizándola como la combinación de habilidades, motivación y oportunidades de poder. Un paciente empoderado tiende a tener una mayor adherencia terapéutica. **OBJETIVO:** Determinar la relación que existe entre el empoderamiento y la adherencia terapéutica en el paciente adulto mayor con diabetes tipo II de la Clínica de Medicina Familiar de Casa Blanca del ISSSTE. **MATERIAL Y MÉTODO:** se realizó una investigación observacional, prospectiva, transversal y correlacional, muestreo no probabilístico por convivencia, muestra conformada por 114 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, se aplicó una cédula sociodemográfica, la escala DE-28 para medir el empoderamiento y la escala Morisky Green para determinar el nivel de adherencia. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva y chi cuadrada, se utilizó el paquete estadístico *SPSS* versión 22. **RESULTADOS:** Se observó que el 76.3% se encontraban empoderados y 52.6% sin adherencia al tratamiento. A través de la prueba estadística Chi cuadrada se demostró que no existe relación significativa entre las variables de estudio, teniendo como resultado la demostración que ambas son independientes, esto con base al nivel de asociación el cual fue de .207 donde no se observa un nivel débil de asociación con relación al p valor fue mayor al 0.05%. **CONCLUSIÓN:** No se observó una relación significativa entre empoderamiento y adherencia, esto nos indica que cada variable es independiente. Un adulto mayor puede estar empoderado, sin embargo, no adherido al tratamiento.

Palabras Claves: Empoderamiento, Adherencia, Adulto Mayor, Diabetes tipo 2.



ABSTRACT

INTRODUCTION: Patient empowerment is considered a viable alternative, conceptualizing it as the combination of skills, motivation and power opportunities. An empowered patient tends to have greater therapeutic adherence. **OBJECTIVE:** To determine the relationship between empowerment and therapeutic adherence in the elderly patient with type II diabetes at the ISSSTE Casa Blanca Family Medicine Clinic. **MATERIAL AND METHOD:** an observational, prospective, cross-sectional and correlational investigation was carried out, non-probabilistic sampling by cohabitation, a sample made up of 114 older adults with type 2 diabetes mellitus, a sociodemographic certificate was applied, the DE-28 scale to measure empowerment and the Morisky Green scale to determine the level of adherence. For the analysis of the data, descriptive statistics and chi square were used, the statistical package SPSS version 22 was used. **RESULTS:** It was observed that 76.3% were empowered and 52.6% without adherence to treatment. Through the Chi square statistical test, it was shown that there is no significant relationship between the study variables, resulting in the demonstration that both are independent, this based on the level of association which was .207 where a level is not observed. The weak association in relation to the p value was greater than 0.05%. **CONCLUSION:** A significant relationship between empowerment and adherence will not be observed, this indicates that each variable is independent. An older adult can be empowered, however, not adhered to the treatment.

Keywords: Empowerment, Adherence, Older Adult, Type 2 Diabetes.



GLOSARIO

Empoderamiento	Se describe como un proceso que tiene como objetivo facilitar el cambio de conducta y comportamiento en el adulto mayor donde le ayuda a la toma de decisiones que tiene que ver con la responsabilidad de su propia salud, principalmente en áreas como su nutrición, actividad física y sobre todo en la adherencia en algún tratamiento farmacológico, con la finalidad de lograr una eficacia en dicho proceso.
Adherencia	De acuerdo a la OMS (2021), la adherencia terapéutica es definida como: nivel en que el comportamiento de la persona, donde realiza acciones como toma su tratamiento, seguir un régimen alimenticio y ejecutar cambios en su estilo de vida, es coadyuvado con las recomendaciones por el personal de salud.
Autocuidado	De acuerdo a Dorothea Elizabeth Oren (1969) se considera como una actividad aprendida por las personas o el individuo, que se orienta hacia un objetivo en específico. Se puede considerar como una conducta que existe en circunstancias



	<p>específicas en el proceso de desarrollo de la propia vida, orientada por los individuos sobre sí mismos, hacia los demás o hacia su propio entorno, para regular o mantener los factores que afectan a s desarrollo y funcionamiento en beneficio de la vida, salud y bienestar</p>
Diabetes	<p>Se define como un síndrome o conjunto de enfermedades caracterizadas por hiperglucemia crónica, causada por factores genéticos, epigenéticos y ambientales, que conducen a defectos en la secreción de insulina, de la acción de la insulina o a ambos (Asociación Americana de Diabetes)</p>



ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
DM	Diabetes Mellitus
FID	Federación Internacional de Diabetes
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
CMF	Clínica Médica Familia
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MEC	Mini-Examen Cognoscitivo
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>



1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2021 definió al envejecimiento como el resultado de la acumulación de daños, principalmente a nivel molecular y celular que se presenta en el transcurso de la vida, provocando un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, con un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, la muerte.

La vejez de igual manera se caracteriza por el incremento de situaciones complejas, se le denominan como los síndromes geriátricos, son consecuencia de varios factores subyacentes que incluyen la fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y las úlceras por presión entre otros (OMS, 2021).

Las enfermedades crónicas, como la diabetes, suelen tener sus mayores manifestaciones al inicio de la vejez. La diabetes aparece cuando el organismo pierde la capacidad de producir la suficiente insulina o de utilizarla con eficiencia. Con el paso de los años se presenta la etapa de la vejez, en la cual se pueden observar la aparición de enfermedades las cuales pueden ser crónicas degenerativas o enfermedades transmisibles las cuales repercuten en la salud de los adultos mayores en el proceso del envejecimiento.

Las enfermedades crónico-degenerativas van en aumento y en algunos países han logrado superar incluso la prevalencia de las enfermedades infecciosas. A este cambio en la prevalencia mundial de las enfermedades se ha denominado transición epidemiológica.

De este modo, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de morbimortalidad en más del 75% de los países a nivel mundial y son la principal causa de muerte en América Latina. Según un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS,



2005), las enfermedades crónicas (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes) son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto sigue en aumento.

La diabetes tipo 2 representa una emergencia de salud pública que requiere de una intervención inmediata que aborde no solo los aspectos médicos si no de igual manera los no médicos (Ramírez et al; 2019). Es la enfermedad crónica más común en los adultos mayores y representa de 85% a 90% de todos los casos, donde se considera que en su gran mayoría no tienen una buena adherencia terapéutica en su tratamiento en la diabetes tipo 2 de acuerdo a lo reportado por (Rodríguez et al; 2018).

De acuerdo a la OMS (2021), la adherencia terapéutica es definida como: nivel en que el comportamiento de la persona, donde realiza acciones como toma su tratamiento, seguir un régimen alimenticio y ejecutar cambios en su estilo de vida, es coadyuvado con las recomendaciones por el personal de salud.

La adherencia comprende el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos como el seguimiento de las recomendaciones dietéticas y la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes. El déficit en la adherencia al tratamiento en la diabetes da lugar a un sufrimiento que es evitable para los adultos mayores y un costo excesivo para el sistema de salud. El cumplimiento en el tratamiento farmacoterapéutico es un problema asistencial de vital importancia, ya que puede afectar a la salud de los pacientes y principalmente a los adultos mayores, ya que es una de las principales causas del fracaso en los tratamientos farmacológicos. La disminución y falta de cumplimiento en el tratamiento terapéutico en los pacientes con diabetes tipo 2 es un fenómeno común, sobre todo en pacientes que presentan las enfermedades de tipo crónicas, en ocasiones esto se debe al complicado proceso del comportamiento humano (Ramos et al; 2017).



Se ha demostrado que los aspectos que tiene que ver con el autocuidado como lo es el monitoreo de la glucemia capilar, una buena alimentación, el cuidado de los pies y los exámenes de rutina, reducen considerablemente la incidencia y progresión de las complicaciones propias de esta enfermedad (Ramírez et al; 2019). Las acciones del autocuidado antes mencionadas, son el reflejo del empoderamiento del paciente, cuando este modifica su comportamiento y procura las mejoras a su estado de salud.

1.1 Antecedentes

La falta de diseño y ausencia de estrategias pedagógicas específicas para la promoción de un empoderamiento positivo puede provocar que los adultos mayores en la etapa de la vejez carezcan de las herramientas necesarias para realizar acciones en su vida cotidiana con el objetivo de desarrollar aspectos esenciales que mejoren su calidad de vida.

El empoderamiento no solo se puede implementar con el individuo, si no de igual manera en la comunidad en la cual se verá fortalecido el empoderamiento comunitario, donde tendrá participación los ciudadanos, donde serán capaces de realizar acciones que promuevan un mejor control de su salud y vida, logrando una transformación de tipo social y así se verían beneficiados todos y cada uno de los miembros de la comunidad (Enríquez, 2020).

La cultura y la discriminación de los adultos mayores son factores que se encuentran relacionados con el empoderamiento; se considera que los adultos mayores desde el capitalismo, no se consideran individuos productivos económicamente, teniendo como resultado una perspectiva negativa social donde son visto como una carga social (Ham, 2018).

Sin embargo, la mayoría de los adultos mayores que enfrentan este tipo de situaciones vencen estos estereotipos de tipo social, reintegrándose a la sociedad con nuevas redes sociales



y en organizaciones de tipo gubernamental o no, en programas educativos donde se les enseña a desarrollarse como agentes activos donde realicen acciones que potencien el proceso de empoderamiento en ellos mismos y en las demás personas que viven en su entorno donde se desarrolla.

El proceso de empoderamiento es considerado como un camino o vía de constante lucha a través del cual los adultos mayores expresan su resistencia a las diferentes formas de ideología y cultura discriminatoria predominante. De igual manera este proceso se refiere a la adquisición de un mayor poder sobre la toma de decisiones y acciones que tienen que ver con su propio bienestar.

Estas acciones están orientadas principalmente en el aumento de la calidad de vida y el propio bienestar en la etapa de la vejez, de igual forma en defender sus derechos como ciudadano desde una activa participación crítica y democrática, así como las indicaciones que le sean establecidas durante el proceso de salud y enfermedad. De este modo se ve desarrollado un empoderamiento positivo de sus acciones en la adherencia a su propio tratamiento.

La adherencia comprende el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos como el seguimiento de las recomendaciones dietéticas y la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes. El déficit en la adherencia al tratamiento en la diabetes da lugar a un sufrimiento que es evitable para los adultos mayores y un costo excesivo para el sistema de salud.

De acuerdo a la OMS (2021), la adherencia terapéutica es definida como: nivel en que el comportamiento de la persona, donde realiza acciones como toma su tratamiento, seguir un régimen alimenticio y ejecutar cambios en su estilo de vida, es coadyuvado con las recomendaciones por el personal de salud.



El cumplimiento en el tratamiento farmacoterapéutico es un problema asistencial de vital importancia, ya que puede afectar a la salud de los pacientes y principalmente a los adultos mayores, ya que es una de las principales causas del fracaso en los tratamientos farmacológicos. La disminución y falta de cumplimiento en el tratamiento terapéutico en los pacientes con diabetes tipo 2 es un fenómeno común, sobre todo en pacientes que presentan las enfermedades de tipo crónicas, en ocasiones esto se debe al complicado proceso del comportamiento humano (Ramos et al; 2017).

La diabetes tipo 2 representa una emergencia de salud pública que requiere de una intervención inmediata que aborde no solo los aspectos médicos si no de igual manera los no médicos (Ramírez et al; 2019). Es la enfermedad crónica más común en los adultos mayores y representa de 85% a 90% de todos los casos, donde se considera que en su gran mayoría no tienen una buena adherencia terapéutica en su tratamiento en la diabetes tipo 2 de acuerdo a lo reportado por (Rodríguez et al; 2018).

Se ha demostrado que los aspectos que tiene que ver con el autocuidado como lo es el monitoreo de la glucemia capilar, una buena alimentación, el cuidado de los pies y los exámenes de rutina, reducen considerablemente la incidencia y progresión de las complicaciones propias de esta enfermedad (Ramírez et al; 2019).

1.1.1 Panorama Internacional

Las acciones o actividades que puede realizar una persona en el cuidado y tratamiento de su enfermedad se llama adherencia o apego al tratamiento donde se ven involucrados la responsabilidad y su propio autocuidado, donde las conductas a seguir deben ser modificadas



positivamente, se tendrá un resultado como lo es el buen cumplimiento del tratamiento farmacológico (González, 2022).

De acuerdo con estudios a nivel mundial se ha podido evidenciar que dentro del grupo de personas que presentan o han sido diagnosticados con DM2, existe una correcta adherencia al tratamiento con un 38.5% al 93.1%, de la misma forma se ha observado que el 49.3% no cuenta con una adecuada conducta de cumplimiento en su tratamiento (Baeza, 2018).

En el mundo, aproximadamente 500 millones de personas tienen diabetes. La federación Internacional de Diabetes (FID) realizó un informe donde “la diabetes no solamente es una crisis de salud pública”, es también considerada como una problemática social global.

En el continente americano, México es uno de los países con más casos de diabetes, con una cifra de 11.4 millones en 2016, representando aproximadamente 96 mil muertes anuales, posicionándola como la cuarta causa de muerte en el país. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, en el año 2017, China, India, Estados Unidos, Brasil y México, respectivamente, son los primeros 5 lugares con personas que viven con diabetes en el mundo.

En el año 2020, 151 019 personas fallecieron a causa de la diabetes, equivalente al 14% del total de las defunciones (1 086 743) ocurridas en México; donde 78 922 defunciones fueron en hombres (52%) y 72 094 en mujeres (48%). La tasa de mortalidad por la diabetes para 2020 es de 11.95 personas por cada 10 mil habitantes, la cifra más elevada en los últimos 10 años (INEGI, 2021). A nivel mundial la FID estima que en el año 2019 había 463 millones de personas con diabetes y se espera que dicha cifra incremente a 578 millones para 2030 y a 700 millones en 2045.



1.1.2 Panorama Nacional

De acuerdo con un estudio publicado en México en relación a la adherencia al tratamiento, se evidencio que la población mayoritaria son mujeres con un 68% con la enfermedad de diabetes mellitus 2, se ha observado que las personas de 51 a 55 años demuestran un nivel óptimo en cuanto a la adherencia al tratamiento, mientras que un 41% mostro un riesgo de una mala adherencia (Basto, 2020).

En nuestro país se puede observar la existencia de barreras las cuales impiden en la población el tener un buen control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas barreras pueden ser inducidas por el mismo paciente y en ocasiones por el mismo sistema prestador de los servicios de salud, donde el principal objetivo del personal es y debe ser la orientación hacia el paciente sobre los cuidados de la enfermedad y educarlo con respecto al manejo de la diabetes mellitus y así lograr una adherencia al uso de los medicamentos (Manay, 2020).

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2018) reporto que había 82 767 605 personas de 20 años y más en el país, de las cuales 10.32% reportaron (8 542 718) contar con un diagnóstico médico previo de diabetes. Por sexo, 13.22% (5.1 millones) de las mujeres de 20 años y más disponían de este diagnóstico y 7.75% (3.4 millones) en los hombres de 20 años y más. Es decir, la enfermedad está más presente en las mujeres que en los hombres.

De acuerdo a datos del INEGI (2021) que conforme aumenta la edad se incrementa el diagnóstico de la enfermedad, a nivel nacional más de una cuarta parte de la población de 60 a 69 años (25.8%) esta previamente diagnosticado con diabetes el cual representa 2.3 millones de personas. En las mujeres su prevalencia es más alta con un 35.6% (1.4 millones). En hombres



de 70 y más años se encuentra más alta su prevalencia con un 18.4 de casos diagnosticados previamente con diabetes (714 mil personas).

Según lo reportado por ENSANUT (2018) los estados con mayor prevalencia en población de 20 años y más en México son Campeche (14.01%), Hidalgo (12.83%) y Tamaulipas (12.77%) con menor prevalencia se encuentran los estados de Quintana Roo (7.41%), Querétaro (7.51%) y Aguascalientes (7.56%) respectivamente.

Los estados que presentan las tasas de mortalidad por Diabetes más altas son Tabasco y Tlaxcala con 17.55 y 15.97 por cada 10 mil habitantes, respectivamente; con menor tasa el estado de Aguascalientes y Baja California Sur con 6.12 y 6.25 defunciones por cada 10 mil habitantes, respectivamente (INEGI, 2021).

En México, en 2020, la diabetes pasó a ser la tercera causa de defunciones, superada por la COVID 19 y las enfermedades del corazón. La diabetes tiene un comportamiento uniforme, sin embargo, se observa menores proporciones de la enfermedad en los municipios del estado de Jalisco, Chiapas y Oaxaca y con mayor proporción en los municipios de los estados de Veracruz, Tamaulipas, Nuevo León, Coahuila, Chihuahua y Sonora.

1.1.3 Panorama Estatal

Lo reportado por (Rodríguez et al; 2019) en el estado de Tabasco se observó que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen un nivel de empoderamiento del 86% y sin empoderamiento un 14% de la muestra, un 84% de esta misma muestra reportó tener una adherencia terapéutica mientras que el 16% no presentó adherencia al tratamiento farmacológico.



De acuerdo al portal de la Dirección de Epidemiología en Tabasco se registró un total de 6 mil 121 casos nuevos de diabetes tipo 2 en el año 2020 y principios del 2021. En 2020 se detectaron 5mil 913 casos de Diabetes tipo 2 en el estado, al año siguiente (2021) la entidad inicio con 913 casos nuevos. A nivel local se reveló que la hipertensión y la diabetes son consideradas las principales comorbilidades.

1.2 Adherencia terapéutica en diabetes

Se ha señalado con anterioridad, a la adherencia terapéutica como el nivel o grado de comportamiento de una persona o paciente, el llevar a cabo la toma y seguimiento de las indicaciones y medicamentos, aunado a una alimentación o régimen alimenticio el cual genera cambios en el estilo de vida de la persona que cursa con la diabetes mellitus 2 (Cerezo, 2018).

Los profesionales de la salud en el primer nivel de atención en salud se consideran los responsables en primera instancia principalmente en la educación y asistencia social comunitaria donde su principal objeto de estudios es el paciente con diabetes mellitus tipo 2. Sin embargo, el profesional de salud que trabaja en este nivel de atención en salud se enfrenta con mucha frecuencia a ciertos obstáculos que dificultan su trabajo, como puede ser el escaso tiempo de la consulta externa y en ocasiones el escaso personal de salud, como consecuencia esto dificulta que se brinde una promoción de la salud optima, integral e individualizada (Martínez, 2019).

Este tipo de situaciones son obstáculos precursores o limitantes que dificultan una promoción optima de la salud y la prevención de enfermedades no transmisibles. Como consecuencia tendremos una repercusión de carácter negativo en cuanto a la adherencia



terapéutica por parte del paciente. Por consiguiente, repercutirá de manera negativa en el desarrollo de el empoderamiento y la gestión de la propia salud (Martínez, 2019).

1.3 Empoderamiento en el paciente con diabetes

El empoderamiento es una habilidad con la que cuentan las personas la cual les permite comprender y reconocer las acciones personales, sociales y económicas que influyen en la toma de decisiones para una mejor calidad y mejora de la salud. También es considerado como el poder que ejercen los pacientes sobre sus acciones en beneficio de su bienestar (Lazcano, 2019).

Se asocia y se refiere a una toma de control en las actividades que son beneficiosas para el estado de salud de la persona, es decir el individuo tiene la capacidad de toma de decisión y de esta manera poner en prácticas estas actividades en su vida cotidiana; es considerado como un resultado que puede ser de tipo individualizado y de igual modo colectivo (Gómez et al; 2023). En esta toma de control en pro de la salud, el individuo enfermo de diabetes vigila su estado de salud y tiende a una mayor adherencia terapéutica.

1.4 Estudios Relacionados

A continuación, se presenta una selección de artículos relacionados con el empoderamiento y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo dos, en población envejecida. Estos estudios fueron reportados por investigadores de diferentes ámbitos, tanto internacional, nacional y local.

Guzmán et al. (2017) realizaron una investigación sobre la eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos



jubilados, donde participaron 250 adultos mayores jubilados de 60 años, originarios de la ciudad de Hidalgo, México, con el objetivo de analizar el impacto y eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado y condiciones de salud en adultos mayores, estudio aleatorio, el universo estuvo conformada por 623 adultos mayores participantes del programa de capacitación sobre el empoderamiento y autocuidado el muestreo estuvo conformada por los 250 adultos mayores jubilados. Se utilizaron el Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor, Índice de Barthel, Test de TINETTI, Minimal State Examination de Folstein, Test de Yesavage, Escala Mini Nutricional, Autorreporte de la Escala de Empoderamiento de Salud. Los principales resultados hallados fue que el 97% de los individuos mostró un alto nivel de adherencia al programa de intervención, el 92.5% de los hombres y el 88.2% de las mujeres reportaron una autopercepción adecuada de autocuidado al final del estudio, con respecto al empoderamiento sobre la capacidad de autocuidado, todas las dimensiones de la EES mostraron una diferencia estadísticamente significativa, donde se observó que los participantes desarrollaron un grado de empoderamiento importante, se observó una tendencia al empoderamiento ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres ($p \leq 0.05$).

Vilcamango, Gil y Valladares (2021) realizaron una investigación en Perú, titulada factores asociado a la adherencia terapéutica en diabéticos atendidos en dos hospitales peruanos, con el objetivo de determinar la frecuencia y los factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en dos hospitales de Perú, durante el año 2020; estudio transversal, realizado a través del test de Morisky-Green y una ficha de recolección de datos en 119 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de dos hospitales de Perú, se



incluyeron a los pacientes con diagnóstico de DM2 que cursaron con alguna microangiopatía y/o neuropatía, atendidos por consultorio externo. Los principales resultados fueron que el 61.3 eran del sexo femenino y el 56.3% tenía una edad igual o mayor a 65 años, se observó una mayor adherencia al tratamiento en pacientes del sexo masculino con un 39.1%. Además, hubo una mayor proporción de adherencia en pacientes con nivel de instrucción superior, comparados con quienes no tenían nivel superior (40.4 vs. 18.1%, $p=0,017$).

Pérez et al. (2019) efectuaron una investigación sobre los factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso unidad de medicina familiar 33, Tabasco México. El cálculo de la muestra se efectuó mediante la fórmula de N para poblaciones infinitas ($n=129$), con un intervalo de confianza del 95%, el muestreo se realizó por aleatorización simple. Se aplicaron 8 instrumentos previamente validados durante un periodo de 4 meses, se aplicaron 2 cuestionarios mensuales por cada cita. Los principales resultados fueron el grado de adherencia alta con un 96.9%, media con un 2.3% y baja con un 0.8%, la población más adherida fue el sexo femenino.

Cerezo et al. (2018) efectuó una investigación en Puebla, México, titulada funcionamiento ejecutivo (FE) y adherencia terapéutica en la diabetes mellitus tipo 2, con el objetivo de estimar la influencia de los factores personales, del tratamiento y de la enfermedad sobre las dimensiones del FE en pacientes con DM2. Fue una investigación de estudio de casos y controles que incluyó a 95 pacientes diagnosticados con DM2. Se aplicó una encuesta sociodemográfica y se revisaron los expedientes clínicos, escala de memoria Wechsler-III, test de Stroop, Torre de Londres-DX, test de Wisconsin y Iowa Gambling task. La muestra fue no probabilística, donde quedó conformada por 95 participantes; los principales resultados



encontrados fueron que 58 mujeres y 37 hombres, con una edad media de 55.61 de acuerdo a lo reportado.

Mendoza (2021) realizó una revisión sobre las barreras de la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes, hipertensión y obesidad en clínicas de atención primaria, los principales factores que se encontraron en la no adherencia es cuando el paciente decide no seguir las recomendaciones, donde influyen los factores de creencias y preferencias en el manejo y tratamiento de su enfermedad. Las causas más frecuentes de incumplimiento son los olvidos en la toma de la medicación, falta de educación sanitaria, la complejidad del tratamiento, inadecuada relación entre el médico y el paciente, falta de conocimiento sobre el uso de los medicamentos, reacciones adversas y la falta de apoyo familiar y social.

De acuerdo a una revisión sistemática realizada por García et al. (2022), en Cuba donde su objetivo principal fue determinar los factores que incidían en la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus 2, la cual se desarrolló en 5 fases, se realizó una búsqueda en las bases de datos electrónicas: ABSCO, Pubmed, Dialnet, ScienceDirect y el Google Académico. El principal resultado reportado fue las cifras elevadas de falta de adherencia al tratamiento farmacológico (82% y 75% respectivamente). Otros autores reportan cifras muy bajas de no adherencia al tratamiento farmacológico (27.5% y 10%, respectivamente) los principales factores asociados a la no adherencia al tratamiento se encontraron factores sociodemográficos, la complejidad del tratamiento, los factores relacionados con la enfermedad como es el tiempo de diagnóstico, conocimiento de la enfermedad, la no aceptación, desaparición de los síntomas entre otras; Los factores relacionados con la relación médico-



paciente, presencia de emociones negativas como el estrés, la fatiga y la depresión, problemas económicos y familiares y los factores subjetivos y comportamentales.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para lograr una vejez exitosa el paciente con enfermedades crónicas no transmisibles como lo es la diabetes mellitus tipo 2 debe ser valorado desde el punto de vista de la gerontología. El autocuidado para la salud en esta edad de la vida permitirá disminuir o retrasar los daños hacia la propia salud y por consiguiente a la calidad de vida del paciente o adulto mayor.

En su visión holística la gerontología social se orienta hacia la prevención de las enfermedades y el manejo adecuado del control y seguimiento de las enfermedades crónicas durante el proceso del envejecimiento, haciendo énfasis en proporcionar una atención integral y centrada en la persona. Se deben tomar en cuenta las necesidades físicas, emocionales y sociales de cada individuo. Así como la promoción de estilos de vida saludables, el monitoreo y control de las condiciones crónicas propias de la diabetes, de la misma forma la promoción de la autonomía e independencia del adulto mayor.

La promoción de la salud no solo comprende acciones dirigidas a fortalecer las habilidades para la vida y las capacidades de los adultos mayores, sino también las actividades que influyen en las condiciones sociales y económicas, y en los entornos físicos que tienen influencia en la salud. La promoción de la salud va dirigida a la creación de mejores condiciones de salud con la finalidad de hallar una relación entre los esfuerzos de los adultos mayores y los resultados de salud que obtienen” (OMS, 1998).

En el ámbito de las ciencias de la salud, el término empoderamiento se describe como un proceso que tiene como objetivo facilitar el cambio de conducta y comportamiento en el adulto mayor donde le ayuda a la toma de decisiones que tiene que ver con la responsabilidad de su propia salud, principalmente en áreas como su nutrición, actividad física y sobre todo en



la adherencia en algún tratamiento farmacológico, con la finalidad de lograr una eficacia en dicho proceso.

El principal objetivo que tiene el empoderamiento es fomentar el autocuidado y la autoeficacia en las acciones que tienen que ver con la propia salud del individuo, principalmente en las personas adultas mayores que tienen una enfermedad de tipo crónico degenerativo como lo es la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial Sistémica.

Se considera un proceso por el cual los adultos mayores tienen un mayor control sobre las acciones y decisiones que pueden afectar o mejorar su propio estado de salud (Domínguez et al., 2018). Estos mismos autores señalan que para la obtención de un empoderamiento significativo en el adulto mayor es importante que se involucren, la familia y la propia comunidad, donde esta participación les permitirá desarrollar habilidades positivas, acceso a la información y a los recursos; teniendo como resultado más oportunidades para la realización de actividades preventivas en beneficio de su propia salud y bienestar.

El empoderamiento del paciente en el manejo de su condición se considera como una alternativa viable, conceptualizándola como la combinación de habilidades, motivación y oportunidades de poder. Hoy en día, es una medida urgente que da poder a quienes tienen en sus manos la decisión de cuidarse y adherirse a un tratamiento, y debe ponerse en práctica (Rodríguez et al., 2019).

“El empoderamiento se considera un proceso de tipo social, cultural, psicológico y/o político a través el cual el adulto mayor, individuos y los grupos sociales son aptos de expresar sus necesidades, plantear preocupaciones personales, diseñar o mejorar estrategias de participación relacionadas con la toma de decisiones y realizar acciones de tipo social, político y cultural para afrontar sus necesidades. A través de este proceso, las personas adultas mayores



perciben una relación más estrecha entre sus propósitos o metas, la manera de cómo alcanzarlas y la corresponsabilidad entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen (OMS, 1998). El empoderamiento está relacionado con la promoción a la salud, donde la comunidad tiene una participación activa, donde se realicen actividades colectivas, con el fin de adquirir un mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud.

La OMS, menciona que la falta de adherencia es la principal causa de fracaso terapéutico, ocasionando aumento de los ingresos hospitalarios, aparición de las enfermedades oportunistas, el deterioro de la salud, una mala evolución clínica y aumento de la mortalidad.

Según un reciente informe de la (OMS, 2019), la falta de adherencia es un “problema mundial de gran magnitud”, ya que, a pesar de que la medicina ha avanzado de manera sorprendente en las últimas décadas, otorgando cada vez mayor conocimiento de las enfermedades y con ello la existencia de numerosos tratamientos médicos sumamente eficaces, la incidencia y prevalencia de muchos padecimientos continúa siendo alta y su tratamiento muestra una menor efectividad a la esperada, como resultado de que las tasas de adherencia a la medicación continúan siendo bajas, y no se han observado cambios significativos a través del tiempo.

La adherencia al tratamiento es considerada una realidad multifactorial que puede tener consecuencias sobre el estado de la salud, el sistema médico, la economía y la sociedad. La adherencia a cualquier tipo de tratamiento representa uno de los factores más importantes tanto en el ámbito de la salud pública como nivel individual y comunitario. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), los porcentajes de falta de adherencia de cualquier tratamiento farmacológico varían entre 15% y 93%, con un porcentaje promedio



calculado en 50%, es decir que la mitad de los pacientes no cumplen con el tratamiento indicado por el personal de salud.

La falta de adherencia terapéutica es considerada como la principal herramienta que se puede utilizar para medir la magnitud con la que el paciente continuo o no las indicaciones médicas, esto involucra la falta de aceptación del diagnóstico y la incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es positivo, el pronóstico mejorará y tendrá como resultado el empoderamiento en el tratamiento (Ortega, 2018).

En los países desarrollados, la tasa de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas se sitúa alrededor del 50% (uno de cada dos pacientes), aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología; esta cifra es considerablemente menor en los países en vías de desarrollo (OMS, 1998).

Múltiples ensayos clínicos han demostrado que una adecuada adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular entre 30 y 43%, y de infarto de miocardio en un 15%; también se pueden prevenir los altos costos generados al sistema de salud o al menos disminuirlos significativamente. Se ha estimado que, por ejemplo, en Estados Unidos, la no adherencia terapéutica genera costos innecesarios de entre 396 y 792 millones de dólares al año.

Es por ello por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre el empoderamiento y la adherencia terapéutica en el paciente adulto mayor con diabetes tipo 2 de la Clínica de Medicina Familiar de Casa Blanca del ISSSTE?



3. JUSTIFICACIÓN

La salud se considera un derecho humano fundamental, donde el empoderamiento del paciente, familia, amigos y cuidadores informales se considera una labor social que tiene como objetivo fomentar de manera general el respeto a la salud y el bienestar del propio individuo y de la población, donde se actúa de manera responsable y se fomenta el empoderamiento de los individuos en materia de sus derechos (Lazcano et al., 2019).

El empoderamiento en los adultos mayores es un tema que hoy en día es de vital importancia, ya que, de acuerdo a las proyecciones de estadística en la pirámide poblacional, se espera que en el año 2050 haya un incremento significativo de los adultos mayores. Al empoderar a un adulto mayor en sus acciones de bienestar en salud permitirá un buen manejo de las condiciones de salud y bienestar, donde se conceptualizará como un resultado donde se combinarán habilidades, motivación y oportunidades de poder ejercer un poder para un envejecimiento saludable y exitoso.

El empoderar al paciente adulto mayor tendrá como beneficio un mayor control sobre las acciones en pro de una salud de calidad, y así desarrollar en ellos el autocuidado que como consecuencia tendrá el poder adherirse de manera positiva a su tratamiento, disminuyendo así los altos índices de mortalidad por la diabetes mellitus tipo 2.

Como se señaló anteriormente el empoderamiento terapéutico según Lazcano et. al (2019), se refiere a la habilidad de la persona o individuo para comprender y controlar los impulsos personales, políticos, sociales y económicos en la toma de decisiones que influyen en la mejora de su vida y de su propia salud. Es el poder que ejecuta el individuo sobre su propia vida, a la vez que tiene una participación democrática en la vida de la comunidad.



Es considerado un proceso en el cual el individuo, grupo, organización y comunidad desarrollan la habilidad o sentido de control sobre sus acciones en la vida, con la finalidad de actuar con eficacia en el ámbito social y así tener acceso a recursos y poder promover cambios en su estilo de vida (Lazcano et al., 2019).

El empoderamiento a nivel individual es un elemento de importante desarrollo que le permite al individuo desarrollar un proceso sobre la toma de decisiones y responsabilidad sobre las acciones que tiene un propósito como lo es alcanzar la totalidad de la capacidad del individuo. El empoderamiento mejora la aceptación de las condiciones de salud, desarrolla el interés de aprender, favoreciendo la ejecución de acciones dirigidas al desarrollo del autocuidado, teniendo como resultado el desarrollo del sentimiento de poder, autonomía y libertad de control sobre la toma de sus propias decisiones (Lazcano et al; 2019).

La atención centrada y el empoderamiento en el paciente son elementos clave para la mejora de resultados en la salud, aumentar la satisfacción en el individuo, mejorando la comunicación entre los profesionales de la salud y pacientes, y así obtener un mayor cumplimiento en el tratamiento terapéutico, optimizando el uso de los recursos y el costo de la atención de la salud (Cerezo et al; 2016).

La literatura señala que el empoderamiento o “Facultamiento del poder” en los individuos los orienta hacia un protagonismo activo en el cuidado y atención de su propia salud, por este esto presupone la presencia de una mayor responsabilidad en la cual la adherencia terapéutica se encuentra presente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) conceptualiza la adherencia terapéutica como la capacidad con la cual el enfermo o el adulto mayor sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. La falta de adherencia es considerada la principal



causa que evita la obtención de todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los enfermos.

La deficiente adherencia de tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), la medición y evaluación de la adherencia terapéutica, es una necesidad continua, que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad. El incumplimiento terapéutico o falta de adherencia al tratamiento es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que tiende a aumentar y es especialmente frecuente en personas con enfermedades crónicas (Reyes et al., 2016).

Los factores asociados con el incumplimiento son múltiples e interrelacionados y pueden ubicarse en el ámbito del paciente como es la edad, problemas sociales, laborales, económicos, nivel de instrucción, creencias y de la enfermedad, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, pérdida de memoria, gravedad del proceso, enfermedades asociadas, otros tratamientos, presencia o ausencia de sintomatología etcétera (Buitrago, 2011).

La factibilidad de realizar la presente investigación es positiva ya que se cuenta con el tiempo necesario para realizar la elaboración y desarrollo de la misma, de esta manera permitirá la creación de una propuesta de intervención, con la cual se obtengan resultados más específicos en investigaciones futuras, sin embargo, se tendrá que disponer de un recurso económico para la realización de la misma.

El realizar este tipo de investigaciones innovadores tendrá como resultado el impacto en la educación y el diseño de planes y programas que favorezcan el envejecimiento exitoso a



través de intervenciones dirigidas tanto a los adultos mayores como a los jóvenes, así se favorece el autocuidado en las personas desde su infancia o adolescencia, dando como resultado acciones positivas para en óptimo estado de salud, por consiguiente se estaría favoreciendo las acciones esenciales para una mayor toma de decisiones (empoderamiento) y una adherencia al tratamiento farmacológico no solo en la diabetes mellitus 2, si no en todas las enfermedades crónicas no transmisibles como lo es la hipertensión arterial.

Investigar sobre adultos mayores con diabetes es fundamental para comprender mejor esta población en riesgo, desarrollar intervenciones y estrategias de atención gerontológicas más efectivas, mejorar su calidad de vida y bienestar y así reducir la carga de las complicaciones de la enfermedad en esta etapa de la vida.

De la terapéutica, los tratamientos complejos, costos elevados, efectos secundarios, no aceptación del tratamiento, duración indefinida de la prescripción, del entorno como es la existencia de problemas familiares, barreras en la accesibilidad como horarios, burocracia, etc.; y del médico que puede influir tener una mala relación médico-paciente, baja satisfacción del paciente y/o poca confianza con su médico, tiempo destinado por parte del profesional, sensación de no ser escuchados, sensación de que no se les conoce, cambios por genéricos, etcétera (Buitrago, 2012).



4. OBJETIVOS

4.1 General:

Determinar la relación que existe entre el empoderamiento y la adherencia terapéutica en el paciente adulto mayor con diabetes tipo 2 de la Clínica de Medicina Familiar (CMF) de Casa Blanca del ISSSTE.

4.2 Específicos:

- 1.- Caracterizar a los pacientes con diabetes tipo 2 según variables sociodemográficas y clínicas de la CMF de Casa Blanca del ISSSTE
- 2.- Analizar el nivel de empoderamiento de los pacientes con diabetes tipo 2 adscritos al consultorio gerontológico de la CMF de Casa Blanca del ISSSTE.
- 3.- Identificar la adherencia terapéutica de los pacientes con diabetes tipo 2 adscritos al consultorio gerontológico de la CMF de Casa Blanca del ISSSTE.



5. MATERIAL Y MÉTODOS

El siguiente capítulo describe el tipo de diseño de investigación, la población, muestreo y muestra del estudio, los criterios tanto de inclusión como de exclusión, la selección de los participantes, el procedimiento de recolección de datos, así como también la descripción del instrumento, el tipo de procesamiento y análisis de datos, por último, las consideraciones éticas.

5.1 Tipo de investigación:

Se realizó una investigación observacional, prospectiva, transversal y correlacional sobre el empoderamiento y la adherencia terapéutica en los adultos mayores de una institución de salud del estado de Tabasco.

5.2 Universo

Adultos mayores de 60 y más años con diabetes tipo 2 adscritos al módulo gerontológico de la Clínica Médica Familiar (CMF) Casa Blanca del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Villahermosa, Tabasco.

5.3 Muestreo

La muestra fue no probabilística; por conveniencia la estuvo conformada por 114 adultos mayores de 60 y más años con diabetes mellitus tipo II del CMF de Casa Blanca del ISSSTE en Villahermosa, Tabasco. La aplicación de los instrumentos se realizó entre el 15 de abril y 15 de mayo del 2022, la aplicación de los instrumentos se realizó mediante oficios por parte de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco en coordinación con la delegación Estatal del ISSSTE; A través del consentimiento se acudió a la dirección de la Clínica médica familiar



de la colonia Casa Blanca, donde se acudió al Consultorio Gerontológico; sin embargo, se trabajó de igual manera con los adultos mayores pertenecientes al grupo MIDA y los pacientes de la consulta externa, esto con base a la falta de pacientes con las características de inclusión en esta investigación.

5.4 Criterios de selección de los participantes:

5.4.1 De Inclusión:

- Adultos mayores de 60 y más años de ambos sexos.
- Diagnosticados con diabetes tipo II.
- Adscritos a la CMF Casa Blanca del ISSSTE de en Villahermosa, Tabasco.
- Pertenecer al Módulo Gerontológico del turno de la tarde de la CMF Casa Blanca del ISSSTE.
- Adultos mayores que deseen participar en el estudio de investigación y que firmen la carta de consentimiento informado.

5.4.2 De Exclusion:

- Adultos mayores de 60 años con deterioro cognitivo, déficit intelectual y limitación física.
- Adultos mayores que no contesten de manera completa los instrumentos aplicados.

5.5 Método e instrumento de recolección de datos.

Durante esta fase se aplicaron tres cuestionarios; el primero se empleó para medir el deterioro cognitivo, a través del Mini-Examen cognoscitivo (MEC), que consta de 11 preguntas donde las capacidades esenciales que se evalúan son: Temporal (5 puntos), Espacial (5 puntos), Fijación-Recuerdo inmediato (3 puntos), atención y calculo (5 puntos), memoria (3 puntos),



Nominación (2 puntos), Repetición (1 punto), Comprensión (3 puntos), Lectura (1 punto), Escritura (1 punto) y Dibujo (1 punto).

Puntuación: El punto de corte más ampliamente aceptado y frecuentemente empleado para el MEC de 30 puntos es 23; las puntuaciones iguales o menores que esta cifra indicarían la presencia de un déficit cognitivo.

- 27 puntos o más: Normal. La persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva.
- 23 puntos o menos: Sospecha patológica
- 12-23 puntos: Deterioro
- 9-12 puntos: Demencia
- Menos de 5 puntos. Fase terminal. Totalmente desorientado. No se reconoce él mismo. Incoherente. Postración.

El segundo instrumento se utilizó para medir el grado del Empoderamiento en los adultos mayores con diabetes tipo 2, se realizó a través de la Escala DES 28 (Anexo A), la cual se encuentra validada en población hispana, se realizó una prueba piloto para su validación de la escala y sus ítems, se comprobó su escala de fiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo un puntaje de confiabilidad de .874.

Para obtener el nivel de empoderamiento se sacó la media de la calificación global alcanzada más la desviación estándar, el puntaje por arriba de esa cifra se consideró con empoderamiento y por debajo de la misma sin empoderamiento.

Es una escala tipo Likert de 5 puntos (1=fuertemente en desacuerdo a 5=fuertemente de acuerdo), esta escala evalúa: autocontrol, autoeficacia, soluciones de problemas, afrontamiento psicosocial, apoyo, motivación y la toma de decisiones (Rodríguez et al; 2018).



Para medir el nivel de adherencia al tratamiento se utilizó el instrumento de Morisky-Green versión modificada, el cual consta de cuatro ítems, es de forma auto aplicada y actualmente el más utilizado, con respuestas de tipo dicotómicas, donde 1=si y 2=no, se realiza la sumatoria de todos los puntajes de las respuestas negativas, donde se consideró un valor de 8 puntos como valor óptimo del cuestionario, con la finalidad de identificar al paciente con adherencia al tratamiento. Los puntajes de los adultos mayores por debajo de los ocho puntos se consideraron sin adherencia al tratamiento (Rodríguez et al; 2018).

El cuestionario de Morisky-Green ha sido utilizado y validado en investigaciones anteriores hechas en el extranjero y en México. Fue validado en su versión española por Val Jiménez y colaboradores. De igual manera se ha utilizado en diversos estudios de adherencia de fármacos en enfermedades crónicas degenerativas como la Hipertensión arterial y diabetes en varios estudios de adherencia en fármacos retrovirales en pacientes con VIH, así como en estudios que pretendían demostrar la efectividad de diversos métodos para incrementar la adherencia en el tratamiento de otras enfermedades (Rodríguez et al; 2018).

5.6 Análisis de datos

Los datos se analizaron mediante la estadística descriptiva e inferencial (Chi² de Pearson). El estadístico de la Chi-Cuadrada se utilizó para comprobar si las variables de estudio se encuentran relacionadas o asociadas, donde el nivel de significancia utilizado es el de 0.05 alfa como margen de error, con un nivel de confianza de 0.95, donde se tendrá valores de la frecuencia esperada donde si es menor al 20% de las casillas con valor 5 el resultado esperado será óptimo, si es mayor se considera débil, el *P* valor si es menor al 0.05% se rechaza la hipótesis nula si es mayor al 0.05% se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna.



Utilizando tablas de frecuencia y porcentajes, gráficas, incluyendo medidas de tendencia central. El procesamiento de datos se realizó con el apoyo del paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 22.

5.7 Hipótesis de la investigación

H1. El empoderamiento incrementa la adherencia terapéutica en los adultos mayores

H0. El empoderamiento no incrementa la adherencia terapéutica en los adultos mayores

5.8 Identificación de variables

Variable Independiente: Empoderamiento

Variable dependiente: Adherencia terapéutica

Variables control: Edad, sexo, estado civil, religión, ocupación, grado académico, nivel socioeconómico, dependencia económica, años de evolución de la enfermedad, presencia de comorbilidades, presencia de complicaciones y tipo de tratamiento.

5.9 Operacionalización de variables

A continuación, se presentarán las variables (independiente, dependiente y control), las cuales se utilizaron para la realización del análisis estadístico y así poder contrastar los resultados con las investigaciones actuales, relacionadas al tema de investigación.

Variable Independiente: empoderamiento					
Nombre de la Variable	Variable/Escala	Definición	Codificación	Estadístico	Instrumento
Empoderamiento pregunta 1	Cuantitativa Nominal		1. Muy de acuerdo 2. En desacuerdo	Medidas de Tendencia Central	Escala DE-28



			3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo		
			4. De acuerdo		
			5. Muy de acuerdo		
Empoderamiento pregunta 2	Cuantitativa Nominal		1. Muy de acuerdo	Medidas de Tendencia Central	Escala DE-28
			2. En desacuerdo		
			3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo		
			4. De acuerdo		
			5. Muy de acuerdo		
Empoderamiento pregunta 3	Cuantitativa Nominal		1. Muy de acuerdo	Medidas de Tendencia Central	Escala DE-28
			2. En desacuerdo		
			3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo		
			4. De acuerdo		
			5. Muy de acuerdo		
Empoderamiento pregunta 4	Cuantitativa Nominal		1. Muy de acuerdo	Medidas de Tendencia Central	Escala DE-28
			2. En desacuerdo		
			3. Ni de		



			acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo		
Empoderamiento pregunta 5	Cuantitativa Nominal		1. Muy de acuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Medidas de Tendencia Central	Escala DE-28
Empoderamiento pregunta 6	Cuantitativa Nominal		1. Muy de acuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Medidas de Tendencia Central	Escala DE-28
Empoderamiento pregunta 7	Cuantitativa Nominal		1. Muy de acuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni	Medidas de Tendencia Central	Escala DE-28



			en desacuerdo		
			4. De acuerdo		
			5. Muy de acuerdo		
Empodera- miento pregunta 8	Cuantitativa Nominal		1. Muy de acuerdo	Medidas de Tendencia Central	Escala DE-28
			2. En desacuerdo		
			3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo		
			4. De acuerdo		
			5. Muy de acuerdo		

Variable dependiente: adherencia terapéutica					
Nombre de la Variable	Variable/Escala	Definición	Codificación	Estadístico	Instrumento
Adherencia pregunta 1	Cuantitativa Nominal Dicotómica		1. Si 2. No	Frecuencias y porcentajes	Test de Morisky- Green
Adherencia pregunta 2	Cuantitativa Nominal Dicotómica		1. Si 2. No	Frecuencias y porcentajes	Test de Morisky- Green
Adherencia pregunta 3	Cuantitativa Nominal Dicotómica		1. Si 2. No	Frecuencias y porcentajes	Test de Morisky- Green
Adherencia pregunta 4	Cuantitativa Nominal Dicotómica		1. Si 2. No	Frecuencias y porcentajes	Test de Morisky- Green



Variable Control					
Nombre de la Variable	Variable/ Escala	Definición Conceptual	Codificación	Estadístico	Instrumento
Edad	Cuantitativa Ordinal	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	1. Edad real del sujeto en años	Frecuencia, Porcentaje y pruebas de asociación.	Cédula sociodemográfica
Sexo	cuantitativa Nominal	Hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	1. Hombre 2. Mujer	Medidas de tendencia central y pruebas de asociación.	Cédula sociodemográfica
Estado Civil	Cuantitativa Nominal	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información. Consta de las siguientes modalidades: soltero o soltera, casada o casado, viudo o viuda,	1.Soltero 2.Casado 3.Unión Libre 4.Viudo 5.Divorciado	Frecuencia y porcentaje	Cédula sociodemográfica



		separada o separado y divorciado o divorciada			
Religión	Cuantitativa Nominal	Es un conjunto de creencias y costumbres fundamentales en la divinidad con la capacidad de regir la vida de las personas que la siguen.	1. Católica 2. Testigo de Jehová 3. Presbiteriana 4. Adventista 5. Cristiana 6. Otras	Frecuencia y Porcentaje	Cédula sociodemográfica
Ocupación	Cuantitativa Nominal	Clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.	1. Empleado 2. Comerciante 3. Campesino 4. Profesionalista 5. Labores del hogar 6. Jubilado 7. Pensionado 8. Desempleado	Frecuencia y Porcentaje	Cédula sociodemográfica
Grado Académico	Cuantitativa Ordinal	Título que, en el ámbito de la enseñanza superior, una institución universitaria	1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachil	Medidas de Tendencia Central	Cédula sociodemográfica



		concede al alumno cuando ha superado las exigencias académicas de cada ciclo o etapa en los que está ordenada la docencia	4. Licenciatura 5. Especialidad 6. Maestría 7. Doctorado		
Nivel Socio-económico	Cuantitativa Ordinal	Es un parámetro económico y sociológico que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo	1. Alto 2. Medio 3. Bajo	Frecuencia y Porcentaje	Cédula sociodemográfica
Dependencia Económica	Cuantitativa Nominal	Es una situación en la que la	1. Pareja 2. Hijos	Frecuencia y Porcentaje	Cédula sociodemográfica



		producción y riqueza de algunos países está condicionada por el desarrollo y condiciones coyunturales de otros países a los cuales quedan sometidas.	3. Hermanos 4. Nietos 5. Otros 6. Ninguno		
Persona con la que vive (Cuidador)	Cuantitativa Nominal	Ayuda a una persona que necesita asistencia para cuidarse. Quien necesita apoyo puede ser un niño, adulto o una persona mayor. Es posible que requiera cuidados debido a una lesión, enfermedad crónica o discapacidad	1. Pareja 2. Hijos 3. Hermanos 4. Nietos 5. Otros 6. Ninguno	Frecuencia y Porcentaje	Cédula sociodemográfica
Años de Evolución de la enfermedad	Cuantitativa Ordinal	Tiempo que lleva el paciente con la presencia de la enfermedad.	Número de años de la enfermedad	Frecuencia y Porcentaje	Cédula sociodemográfica



Presencia de Comorbilidades	Cuantitativa Nominal	Presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en una persona. También se llama morbilidad asociada.	Hipertensión Obesidad Otra	Medidas de Tendencia Central	Cédula sociodemográfica
Presencia de complicaciones	Cuantitativa Nominal	Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos.	Retinopatía diabética Píe diabético Insuficiencia renal crónica Neuropatía diabética Amputación	Medidas de Tendencia Central	Cedula sociodemográfica
Tipo de Tratamiento	Cuantitativa Nominal	Hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien	Farmacológico o Farmacológico o y no farmacológico o	Medidas de Tendencia Central	Cedula sociodemográfica



		porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.	Insulinodepe ndiente Ninguno		
--	--	--	--	--	--

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



5.10 Consideraciones Éticas

La recolección de la información se realizó de acuerdo con lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud Título Segundo, Capítulo 1 Artículo 13, Artículo 14 fracción I, II, IV, V, artículo 15, artículo 16, artículo 17 fracción I, II, III y Artículo 20, con lo que se logra la aceptación de los participantes y su confidencialidad, manteniendo su integridad como seres humanos.

Se utilizaron los principios de beneficencia, que consiste en evitar hacer daño a los participantes; principio de respeto a la dignidad humana, derecho a la autodeterminación, al conocimiento de información del formulario, y al consentimiento informado.

De acuerdo con el Título II Capítulo I se consideró el Artículo 13, en donde se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El Artículo 14 establece que la Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a lo establecido en la fracción I, la cual dice que deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

En la fracción II se instituye que deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo, así también en la fracción III, se señala que deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles. En la fracción IV se estipula que contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso



de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Así también en el Artículo 16 se establece que en investigaciones con seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Este artículo señala que se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Esta investigación se considera sin riesgo.

Asimismo, en el Artículo 20 se establece que se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Clínica de Medicina Familiar Casa Blanca del ISSSTE Casa Blanca y por las autoridades Institucionales en materia de investigación de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Se realizó el registro en la Jefatura del Área de Investigación y Posgrado de la División Académica de Ciencias de la Salud con folio de registro: JI-PG-043. Anexo (anexar).



6. RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los participantes en el estudio.

El total de la muestra estudiada fue de 114 pacientes, de las cuales fueron mujeres el 58.8% ($n=67$), casadas el 63.2% ($n=72$), se dedicadas a las labores del hogar el 37.7% ($n=43$) y viven con un familiar la cual es su pareja 61.4% ($n= 70$).

En lo que se refiere al grado académico el 33.3% (38) de los participantes cuentan con licenciatura, con un nivel socioeconómico medio el 86% (98) y no dependen económicamente de nadie el 57% (65) de los pacientes. Ver tabla 1.

En la tabla 2 se puede observar que la edad media de los participantes fue de 67 años, con una mediana de 66.50, una edad mínima de 60 años y una máxima de 87 años, en cuanto a los años de evolución se observó una media de 18 años, una mediana de 17, con 2 años de evolución como mínimo y 40 años como máximo.

Tabla 2

Edad de los adultos mayores y años de evolución de la diabetes mellitus tipo 2, derechohabientes de la CMF del ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022.

Estadística descriptiva de los datos sociodemográficos.				
Variable	Media	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad	67.33	66.50	60	87
Años de evolución	18.61	17	2	40

Nota. Cédula de datos sociodemográficos y clínicos aplicado en los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II.



Tabla. 1

Características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, derechohabientes de la CMF del ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022

Variable de Estudio	Características	f	%
Sexo del participante	Hombre	47	41.2%
	Mujer	67	58.8%
Estado civil del participante	Soltero	18	15.8%
	Casado	72	63.2%
	Unión Libre	5	4.4%
	Viudo	11	9.6%
	Divorciado	8	7.0%
	Ocupación del participante	Empleado	12
	Comerciante	3	2.6%
	Campesino	3	2.6%
	Profesionista	7	6.1%
	Labores del Hogar	43	37.7%
	Jubilado	26	22.8%
	Pensionado	11	9.6%
	Desempleado	9	7.9%
Personas con las que Vive el participante	Pareja	70	61.4%
	Hijos	29	25.4%
	Hermanos	1	0.9%
	Nietos	2	1.8%
	Otros	5	4.4%
	Ninguno	7	6.1%
Grado académico del participante	Primaria	28	24.6%
	Secundaria	28	24.6%
	Bachillerato o equivalencia	18	15.8%
	Licenciatura	38	33.3%
	Especialidad	0	0.0%
	Maestría	1	0.9%
	Doctorado	1	0.9%
Nivel Socioeconómico del participante	Alto	1	0.9%
	Medio	98	86.0%
	Bajo	15	13.2%
Dependencia económica del participante	Pareja	30	26.3%
	Hijos	15	13.2%
	Hermanos	0	0.0%
	Nietos	0	0.0%
	Otros	4	3.5%
	Ninguno	65	57.0%

Nota. Cédula de datos sociodemográficos y clínicos aplicado en los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 aplicado por los ejecutores.



Las patologías asociadas (Comorbilidades) que se observaron con mayor frecuencia en los pacientes fue la hipertensión arterial con un 65.8%, seguido de la obesidad y la dislipidemia con el 10.5% y el restante 23.7% no refirió ninguna. Ver tabla 3

Tabla 3

Comorbilidades asociadas adulto mayores con diabetes tipo 2 derechohabientes de la CMF ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022

Comorbilidades	f	%
Hipertensión	75	65.8
Otra(Obesidad y dislipidemia)	12	10.5
Ninguna	27	23.7
Total	114	100

Nota. Cédula de datos sociodemográficos y clínicos aplicado en los adultos mayores. con Diabetes Mellitus tipo 2 en la CMF Casa Blanca del ISSSTE. DACS-UJAT, abril, 2022.

En cuanto a las complicaciones más frecuentes de la Diabetes tipo 2 se encontró que el 64.9% ($n=74$) de los participantes no presentó ninguna complicación, mientras que el 20.2% ($n=23$) presentó retinopatía diabética y solo un 1.8% presentó pie diabético. Ver tabla 4

Tabla 4

Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 en los adultos mayores, de la CMF del ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022

Complicaciones	f	%
Retinopatía Diabética	23	20,2
Pié Diabético	2	1,8
Insuficiencia Renal Crónica	4	3,5
Neuropatía Diabética	10	8,8
Amputaciones	1	,9
Ninguna	74	64,9
Total	114	100,0

Nota. Cédula de datos sociodemográficos y clínicos aplicado en los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2.



El tipo de tratamiento observado en los participantes fue el farmacológico con el 62.3% ($n=71$), con doble esquema de tratamiento farmacológico e insulino dependiente el 26.3% ($n=30$) un 1.8% ($n=2$) con tratamiento farmacológico y no farmacológico. Ver tabla 5

Tabla 5

Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en los adultos mayores, derechohabientes de la CMF del ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022.

Tratamiento	<i>F</i>	%
Farmacológico	71	62.3
Farmacológico y no Farmacológico	2	1.8
Insulinoterapia	10	8.8
Ninguno	1	.9
Farmacológico e Insulinodependiente	30	26.3
Total	114	100,0

Nota. Cédula de datos sociodemográficos y clínicos aplicado en los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2.

Con respecto al nivel de empoderamiento, se observó que el 76.3% ($n=87$) de los adultos mayores se encuentran empoderados mientras que el 23.7% ($n=27$) no tiene empoderamiento en cuanto a su tratamiento. Ver tabla 6



Tabla 6

Nivel de empoderamiento de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2

Nivel de empoderamiento	<i>f</i>	%
Con Empoderamiento	87	76.3
Sin Empoderamiento	27	23.7
Total	114	100.0

Nota. Escala DE 28. Empoderamiento en el autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 aplicado a los adultos mayores.

Respecto a la Adherencia Terapéutica, se observó que el 52.6% ($n=60$) de los adultos mayores no se encuentran adheridos al tratamiento y un 47.4% ($n=54$) si se encuentran adheridos a su tratamiento. Ver tabla 7.

Tabla 7

Adherencia Terapéutica en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, derechohabientes de la CMF del ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022

Adherencia Terapéutica	<i>f</i>	%
Sin adherencia	60	52.6
Con adherencia	54	47.4
Total	114	100.0

Nota: Cuestionario de adherencia terapéutica Morisky Green aplicado a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

Se realizó un análisis utilizando una tabla cruzada para ver la asociación de las variables de adherencia y empoderamiento del total de los 87 adultos mayores con empoderamiento, 46 no reportaron adherencia, en tanto que de los 27 adultos mayores sin empoderamiento, sólo 9 reportaron adherencia. Ver tabla 8



Tabla 8

Correlaciones de Pearson, Adherencia y Empoderamiento de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, de la CMF ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022

Nivel de adherencia terapéutica en los adultos mayores con diabetes tipo 2	Nivel de Empoderamiento				Total	
	Con empoderamiento		Sin empoderamiento			
	f	%	f	%	f	%
Con adherencia	41	47.1	9	33.3	50	43.9
Sin Adherencia	46	52.9	18	66.7	64	56.1
Total	87	100%	27	100%	114	100

Nota. Programa estadístico SPSS versión 22

Para responder al objetivo, el cual consiste en determinar la relación que existe entre el empoderamiento y la adherencia terapéutica en el paciente adulto mayor con diabetes tipo II, se empleó la prueba chi-cuadrada, en donde el p-valor fue de .207, por consiguiente, no se observó relación estadísticamente significativa entre las variables de empoderamiento y adherencia ya que son variables independientes. Ver tabla 9

Tabla 9

Resultado estadístico de la prueba Chi Cuadrada sobre el empoderamiento y Adherencia en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 derechohabientes de la CMF del ISSSTE, Villahermosa, Tabasco, 2022

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1.592 ^a	1	.207
N de casos válidos	114		

Nota. Paquete estadístico SPSS versión 22.



6. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan que no existe una relación significativa entre el nivel del empoderamiento y la adherencia terapéutica que presentan los pacientes adultos mayores con diabetes tipo 2. Es decir, a menor adherencia terapéutica se obtuvo menor empoderamiento. Datos que difieren a lo reportado por Solís (2019) donde los pacientes con menos adherencia terapéutica no estaban empoderados.

De acuerdo al perfil sociodemográfico de esta investigación se encontró que el 58% son mujeres, 63.2% están casadas, el 37.7% se dedica a las labores del hogar, un 61.4% vive con un familiar siendo en su mayoría la pareja, similar a lo reportado por Ramos et al. (2017) donde un 73% de población era femenina.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Rodríguez et al. (2019), donde se observó que los pacientes con diabetes tipo 2 tenían una edad media de 53 lo cual difiere a este estudio donde se observó que la edad media de los participantes fue de 67 años, en cuanto al sexo más predominante se encontró similitud con Rodríguez (2019) donde encontró que el 72% de la muestra eran mujeres, dato similar a lo encontrado en esta investigación donde la participación de las mujeres fue de un 58.8%.

En la presente investigación se encontró que el 63.2% de la muestra se encontraban casadas dato similar a lo reportado por Rodríguez et al 2019 donde encontró que un 60% de la muestra se encontraba casada, 37.7% se dedicaban a las labores del hogar, el grado académico el 33.3% contaban con licenciatura, y el 57% de los participantes no depende de nadie, estos datos difieren con lo hallado por Rodríguez et al. (2019), donde reportan en cuanto al nivel de



estudios que los pacientes obtuvieron mayor porcentaje en nivel primaria con un 43% y secundaria con un 42%.

Con respecto al empoderamiento se halló que el 76.3% de nuestra muestra se encontraba empoderado, mientras que el 23.7% se encontraban encontrar sin empoderamiento datos similares a lo reportado por Rodríguez et al. (2019) donde se reportó que los pacientes se encontraron empoderados con un 86% y sin empoderamiento un 14% de la población en estudio.

Con respecto a la adherencia terapéutica se encontró que el 47.4% de los adultos mayores se hallaron adheridos al tratamiento y el 52.6% se encontraba sin adherencia al tratamiento, el 58% son del sexo femenino, el 63.2% casados, datos similares a lo reportado por serrano et al (2019) donde se reportó que el 62.7% de la muestra pertenecía al sexo femenino, el estado civil se reportó un 57.3% eran casados, el 47% de la muestra se dedica a los quehaceres domésticas.

Ramos (2017) realizó una investigación sobre la Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 donde se observó que los pacientes cumplidores estuvieron representados por el sexo femenino con un 73% mientras que el sexo masculino se destacó como el que más incumple, el 50% de los pacientes eran amas de casa.



7. CONCLUSIONES

No se observó una relación significativa entre empoderamiento y adherencia, esto nos indica que cada variable es independiente. Un adulto mayor puede estar empoderado, sin embargo, no adherido al tratamiento. Múltiples factores externos pudieran intervenir, como lo es la parte económica, el no surtimiento del medicamento por parte de la institución de salud y falta de apoyo de familiares para la ministración del medicamento.

El empoderamiento no garantiza al paciente o adulto mayor a tener una buena adherencia al tratamiento, ya que se puede tener los conocimientos necesarios para adherirse al tratamiento, sin embargo, la falta de medicamento puede interferir en el desarrollo de la adherencia al tratamiento y así traer consigo, la no adherencia al mismo.

Los pacientes que mayormente se encuentran empoderados y adheridos al tratamiento son el sexo femenino, las cuales son amas de casa, casadas, de acuerdo a los resultados de esta investigación tenían un nivel de estudio de licenciatura. El empoderamiento de los pacientes en estudio dependerá de la toma de decisiones en cuanto a las acciones en beneficio de su propia salud. Es importante reconocer que las mujeres son el sexo el cual tienen más apego o adherencia al tratamiento por ser personas que se dedican a múltiples actividades durante su vida, haciendo esto pieza clave para su propio beneficio.



8. RECOMENDACIONES

Realizar estudios de tipo cuasi experimental, con la finalidad de poder evidenciar científicamente y estadísticamente si el empoderamiento tiene relación significativa con la adherencia terapéutica.

Llevar la actual investigación a un centro gerontológico donde se pueda realizar con grupos focales y así poder determinar el grado de empoderamiento y adherencia pre y post en una intervención gerontológica.

Difundir los resultados de la investigación a la población y el sector salud.

Realizar intervenciones educativas, de prevención y promoción a la salud en la población adulta mayor para así coadyuvar a un mejor apego al tratamiento.



9. LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

A continuación, se describen las limitaciones del estudio, con la finalidad de darlos a conocer y de esta manera poder realizar estrategias para su posible resolución.

Muestra demasiado pequeña, ya que por falta de participantes adscritos al módulo gerontológico no se obtuvo una con mayor relevancia.

Tiempo: no se contó con el tiempo necesario para la aplicación de más encuestas dentro de la Unidad Médica Familiar del ISSSTE, Casa Blanca.

Si bien se había considerado la realización de una intervención educativa posterior a los resultados del estudio, esta no se llevó a cabo porque no fue autorizada por las autoridades del ISSSTE.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Basto-Abreu, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C.A., López-Olmedo, N., De la Cruz-Góngora, V., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barquera, S., López-Ridaura, R., Hernández-Ávila, M. & Villalpando, S. (2020). Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la Ensanut 2016. *Salud Pública de México*, 62(1), 50-59.

Brandão, B. M. G. M., Angelim, R. C.M., Marques, S. C., Oliveira, R. C. & Abrão, F. M. S. (2020). Convivendo com o HIV: estratégias de enfrentamento de idosos soropositivos. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 54.

Buitrago, F. (2011). Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir!. *Atención Primaria*, 43(7), 343—344

Cerezo, P.G., Juvé-Udina, M.E. y Delgado-Hito P. (2016). Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Revista Da Escola Enfermagem USP*, 50(4), 664-671.

Cerezo-Huerta, K., Yáñez-Téllez, G. & Aguilar-Salinas, C. A. (2018). Funcionamiento ejecutivo y adherencia terapéutica en la diabetes mellitus tipo 2. *Archivos de Neurociencias (Mex) INNN*, 23(3), 42-53.

Domínguez Pérez, E.D. (2019). *Estrategia mercadológica para prevenir embarazos adolescentes y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de secundaria* [Tesis].

Durán Muñoz, R. (2007). Envejecer y empoderar. Una propuesta analítica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42(5), 293-301.



Fernández Manay, N. P. (2022), *Adherencia al tratamiento y calidad de vida de pacientes con diabetes en el Centro de Salud "José Leonardo Ortiz"* [Tesis].

Flores Hernández, L. & Sánchez Pérez, G. M. (2015). *Aplicación de un instrumento para evaluar el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sobre su enfermedad, antes y después de una orientación nutricional en el H.G.Z no. 71 del IMSS en el periodo febrero- agosto 2014* [Tesis].

García Ortiz, Y, Casanova Expósito, D. & Raymond Álamo, G. (2022). Factores asociados a la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Medicent Electrónica*, 26 (2), 412-435.

Gómez González, E. E., Priego Álvarez, H. R. & Cruz García, C. (2023). Empoderamiento y adherencia terapéutica en el adulto mayor: Una revisión sistemática. *Enfoque*, 33(29), 46-63.

Guzmán-Olea, E., Maya Pérez, E., López-Romero, D., Torres-Poveda, K. J., Madrid-Marina, V., Pimentel Pérez, B. M. & Agis-Juárez, R. A. (2017). Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados. *Salud & Sociedad*, 8 (1), 10-20.

Henriquez Pino Santos, P. C. & Sánchez Pérez, L. (2020). Impacto del programa educativo de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor en el empoderamiento comunitario. *Revista Cubana de Educación Superior*, 39 (1).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (12 de noviembre de 2021). *Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre)*. Comunicado de Prensa Núm. 645/21.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf.



Lambrinou, E., Hansen, T. B. & Beulens, J. WJ. (2019). Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26(2S), 55–63.

Lazcano Cruz, M., Ruvalcaba Ledezma, J.C. & Salazar Campos, A. (2019). Empoderamiento del paciente diabético, una estrategia de salud para el control de la enfermedad. *JONNPR*, 4(3), 295-303.

Lillo C., M. & Rodríguez P., P. (2018). Valoración de la adherencia del paciente diabético al consejo nutricional y evaluación de mejoras tras su reeducación: una investigación-acción en la costa mediterránea. *Revista Chilena de Nutrición*, 45(3): 205-215.

Martín Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4).

Martínez Mateo, M. & García Herrera, D. (2019). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II y el uso de la tecnología móvil básica: una revisión sistemática. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 10(1), 70-80.

Mendoza Reyes, R. (2021). La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y Ética*, 32(4), 897-921.

Morisky D. E., Green, L. W. & Levine, D. M. (1986). Concurrent and Predictive-Validity of A Self-Reported. *Medical Care*, 24(1), 67-74.

Ortega Cerda, J.J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, O. A. & Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226- 232.

Pagès-Puigdemont, N. & Valverde-Merino, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*, 59(3), 163-172.



Pamplona Rangel, L. M., Uribe Guarín, D. & María Ayala, J. (2018), Adherencia al tratamiento fisioterapéutico. *Una revisión de tema. Ciencia y Salud Revista Virtual*, 10(1), 62-75.

Paredes González, P. A. (2022). *Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus del Centro de Salud "Amakella" Lima, 2022* [Tesis].

Pérez Pavón, A., López Espinosa, R., Garrido Pérez, S., Casas Patiño, D. & Rodríguez Torres, A. (2018). Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México. *WAXAPA*, 10(18), 20-25.

Pouls, B. P. H., Vriezekaalk, J. E., Bekker, C. L., Linn, A. J., Onzenoort, H. A. W., Vervloet, M., Dulmen, S. V. & Bemt, B. J. F. (2021). Effect of Interactive eHealth Interventions on Improving Medication Adherence in Adults With Long-Term Medication: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1).

Priego Álvarez, H. R. (2018). *Vih/sida y envejecimiento análisis gerontológico tridimensional en Tabasco* [Tesis].

Ramos Rangel, Y., Morejón Suárez, R., Gómez Valdivia, M., Reina Suárez, M. E., Rangel Díaz, C. & Cabrera Macías, Y. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*, 7(2), 89-98.

Reyes-Flores, E., Trejo-Alvarez, R., Arguijo-Abrego, S., Jiménez-Gómez, A., Castillo-Castro², A., Hernández-Silva, A. & Mazzoni-Chávez, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica Hondureña*, 84(3 y 4), 125-132.



Rivas Sánchez, F.B., Sanz Cánovas, J., Martín Carmona, J. & Jansen Chaparro, S. (2020). Estrategia terapéutica en el paciente diabético (I). Empoderamiento del paciente y formación. Objetivos terapéuticos. Estilo de vida, alimentación, vacunación y consejos al paciente diabético. *Medicine*, 13(17), 943-948.

Rodríguez Burelo, M. R., Avalos García, M. I., Guadalupe Garrido Pérez, S. M. & López Ramón, C. (2019). Percepción de empoderamiento y adherencia terapéutica en DT2 y control glucémico en pacientes de una unidad de atención primaria de Tabasco, México. *Horizonte Sanitario*, 18(2), 127-137.

Rodríguez Chamorro, M. A., García-Jiménez, E., Amarilesc, P., Rodríguez Chamorro, A. & Fause, M. J. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 40(8), 413- 417.

Salvador Mendoza Suarez, H., Almeida Riera, J.A., Moran Chilan, E. I. & Pesantes Merchán, D. A. (2019). Adherencia a la terapéutica hipoglucemiante del diabético ambulatorio. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(3), 346-371.

San Martín-Baeza, L.F. & Leiva-Caro, J.A. (2020). Relación entre salud cognitiva y adherencia farmacológica en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Gerokomos*, 31(1), 15-19.

Serrano Patten, A. C., Bermeo Barros, D. M., Cuenca Ochoa, J. D. & Hernández Rodríguez, Y. C. (2021). Identidad de enfermedad y afrontamiento: su rol en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos e hipertensos; Ecuador 2019. *Revista Científica Centros*, 10(1), 17-37.

Silva Sánchez, J. G. (2019). *Perfil epidemiológico de la diabetes tipo 2 en Tabasco, México (2007-2017)* [Tesis].



Ssewamala, F.M., Dvalishvili, D., Mellins, C.A., Geng, E.H., Makumbi, F., Neilands, T.B., McKay, M., Damulira, C., Nabunya, P., Sensoy Bahar, O., Nakigozi, G., Kigozi, G., Byansi, W., Mukasa, M. & Namuwonge, F. (2020). The long-term effects of a family based economic empowerment intervention (Suubi+Adherence) on suppression of HIV viral loads among adolescents living with HIV in southern Uganda: Findings from 5-year cluster randomized trial. *PLoS One*, 15(2).

Vilcamango Ugaldez, E. J., Gil Merino, S.M. & Valladares-Garrido, Mario J. (2021). Factores asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos atendidos en dos hospitales peruanos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(2), 1-13.

11. ANEXOS

Instrumento

Cédula de datos Sociodemográficos y clínicos

DATOS GENERALES

1.- EDAD:

2.- SEXO :1 Hombre 2 Mujer.

4.-ESTADO CIVIL.1 Soltero 2Casado.3Unión Libre. 4Viudo. 5 Divorciado

5.-RELIGIÓN: 1Catolica. 2Testigo de Jehová. 3Presbiteriano. 4Adventista.

5cristiana. 6 Otras.

6.- OCUPACIÓN:1 Empleado. 2 Comerciante. 3Campesino. 4Profesionista. 5

Labores del hogar.6 Jubilado. 7pensionado.8Desempleado

7.- GRADO ACADEMICO: 1 Primaria. 2 Secundaria. 3Bachillerato o equivalente.

4. Licenciatura. 5especialidad 6. maestría, 7. Doctorado.

8. Nivel socioeconómico. 1 alto. 2media. 3bajo

9.Dependencia económica: 1pareja. 2hijos. 3hermanos. 4nietos. 5otros.6 Ninguno

10. Persona con la que vive: 1pareja. 2hijos. 3hermanos. 4nietos. 5otros.6 Ninguno

Datos clínicos

11.- Años de evolución de la enfermedad: ____.

12.- Presencia de comorbilidades: 1Hipertensión. 2obesidad. 3Otra

13.- Presencia de complicaciones: 1retinopatía diabética. 2píe diabético. 3IRC. 4neuropatía diabética. 5amputaciones.

14.- Tipo de Tratamiento: 1farmacológico. 2farmacológico y no farmacológico.

3insulinodependiente. 4ninguno

Cuestionario de empoderamiento en el autocuidado de la diabetes mellitus

INSTRUCCIONES. Siempre lea al paciente la frase: “En general creo que yo” en seguida lea la frase numerada (en orden) y anote su respuesta (con una cruz “X”) en la casilla que mejor represente su acuerdo o su desacuerdo.

En general creo que yo:

No.	ítem	Muy en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3	De Acuerdo 4	Muy de acuerdo 5
1.	Puedo identificar con qué acciones del cuidado de mi salud en la diabetes mellitus estoy insatisfecho					
2.	En relación con mi enfermedad soy capaz de convertir mis metas en un plan de acción práctico y concreto					
3.	Puedo hacer diferentes cosas para superar los obstáculos y lograr mis metas relacionadas con el control de la diabetes mellitus					
4.	Puedo encontrar maneras para sentirme bien aún con mi enfermedad					
5.	Conozco maneras para enfrentar el estrés que me causa tener diabetes					
6.	Conozco en dónde puedo encontrar apoyo para cuidar de mi salud					
7.	Conozco lo que me ayuda a permanecer motivado para cuidar de mi salud					
8.	Me conozco lo suficiente para tomar las decisiones que me convienen para el cuidado de mi salud					

Cuestionario adherencia terapéutica en la Diabetes Mellitus tipo II

INSTRUCCIONES. Siempre lea al paciente la frase: “En general creo que yo” en seguida lea la frase numerada (en orden) y anote su respuesta (con una cruz “X”) en la casilla que mejor represente su acuerdo o su desacuerdo.

No.	Ítem	Respuesta
1	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	SI NO
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	SI NO
3	¿Cuándo se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	SI NO
4	Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	SI NO

Nombre de la Variable	Variable/Escala	Definición Conceptual	Codificación	Estadístico	Cuestionario
Edad	Cuantitativa Ordinal	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	2. Edad real del sujeto en años	Frecuencia, Porcentaje y de asociación.	Cedula sociodemográfica
Sexo	Cuantitativa Nominal	Hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	3. Hombre 4. Mujer	Medidas de tendencia central y de pruebas de asociación.	Cedula sociodemográfica
Estado Civil	Cuantitativa Nominal	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información. Consta de las siguientes modalidades: soltero o soltera, casada o casado, viudo o viuda, separada o separado y divorciado o divorciada	1. Soltero 2. Casado 3. Unión Libre 4. Viudo 5. Divorciado	Frecuencia y porcentaje	Cedula sociodemográfica
Religión	Cuantitativa Nominal	Es un conjunto de creencias y costumbres fundamentadas en la divinidad con la capacidad de regir la vida de las personas que la siguen.	7. Católica 8. Testigo de Jehová 9. Presbiteriana 10. Adventista 11. Cristiana 12. Otras	Frecuencia, Porcentaje y	Cedula sociodemográfica
Ocupación	Cuantitativa Nominal	Clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.	9. Empleado 10. Comerciante 11. Campesino 12. Profesionista 13. Labores del hogar 14. Jubilado 15. Pensionado 16. Desempleado	Frecuencia y Porcentaje	Cedula sociodemográfica
Grado Académico	Cuantitativa Ordinal	Título que, en el ámbito de la enseñanza superior, una institución universitaria concede al alumno cuando ha superado las exigencias académicas de cada ciclo o etapa en los que está ordenada la docencia	8. Primaria 9. Secundaria 10. Bachillerato o equivalente 11. Licenciatura 12. Especialidad 13. Maestría 14. Doctorado	Medidas de Tendencia Central	Cedula sociodemográfica
Nivel Socioeconómico	Cuantitativa Ordinal	Es un parámetro económico y sociológico que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo	4. Alto 5. Medio 6. Bajo	Frecuencia y Porcentaje	Cedula sociodemográfica
Dependencia Económica	Cuantitativa Nominal	Es una situación en la que la producción y riqueza de algunos países está condicionada por el desarrollo y condiciones coyunturales de otros países a los cuales quedan sometidas.	7. Pareja 8. Hijos 9. Hermanos 10. Nietos 11. Otros 12. Ninguno	Frecuencia y Porcentaje	Cedula sociodemográfica
Persona con la que vive (Cuidador)	Cuantitativa Nominal	Ayuda a una persona que necesita asistencia para cuidarse. Quien necesita apoyo puede ser un niño, adulto o una persona mayor. Es posible que requiera cuidados debido a una lesión, enfermedad crónica o discapacidad	7. Pareja 8. Hijos 9. Hermanos 10. Nietos 11. Otros 12. ninguno	Frecuencia y Porcentaje	Cedula sociodemográfica
Años de Evolución de la enfermedad	Cuantitativa Ordinal	Tiempo que lleva el paciente con la presencia de la enfermedad.	Número de años de la enfermedad	Frecuencia y Porcentaje	Cedula sociodemográfica
Presencia de Comorbilidades	Cuantitativa Nominal	Presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en una persona. También se llama morbilidad asociada.	1. Hipertensión 2. Obesidad 3. Otra	Medidas de Tendencia Central	Cedula sociodemográfica

Presencia de complicaciones	Cuantitativa Nominal	Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retinopatía diabética 2. Pie diabético 3. Insuficiencia real crónica 4. Neuropatía diabética 5. Amputaciones 	Medidas de Tendencia Central	Cedula sociodemográfica
Tipo de Tratamiento	Cuantitativa Nominal	Hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Farmacológico 2. Farmacológico y no farmacológico 3. Insulinodependiente 4. Ninguno 	Medidas de Tendencia Central	Cedula sociodemográfica
Empoderamiento pregunta 1	Cuantitativa Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 6. Muy de acuerdo 7. En desacuerdo 8. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 9. De acuerdo 10. Muy de acuerdo 	Medidas de Tendencia Central	Escala DES-28
Empoderamiento pregunta 2	Cuantitativa Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 6. Muy de acuerdo 7. En desacuerdo 8. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 9. De acuerdo 10. Muy de acuerdo 	Medidas de Tendencia Central	Escala DES-28
Empoderamiento pregunta 3	Cuantitativa Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 6. Muy de acuerdo 7. En desacuerdo 8. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 9. De acuerdo 10. Muy de acuerdo 	Medidas de Tendencia Central	Escala DES-28
Empoderamiento pregunta 4	Cuantitativa Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 6. Muy de acuerdo 7. En desacuerdo 8. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 9. De acuerdo 10. Muy de acuerdo 	Medidas de Tendencia Central	Escala DES-28
Empoderamiento pregunta 5	Cuantitativa Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 6. Muy de acuerdo 7. En desacuerdo 8. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 9. De acuerdo 10. Muy de acuerdo 	Medidas de Tendencia Central	Escala DES-28
Empoderamiento pregunta 6	Cuantitativa Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 6. Muy de acuerdo 7. En desacuerdo 8. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 9. De acuerdo 10. Muy de acuerdo 	Medidas de Tendencia Central	Escala DES-28
Empoderamiento pregunta 7	Cuantitativa Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 6. Muy de acuerdo 7. En desacuerdo 8. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 9. De acuerdo 10. Muy de acuerdo 	Medidas de Tendencia Central	Escala DES-28
Empoderamiento pregunta 8	Cuantitativa Nominal		<ol style="list-style-type: none"> 6. Muy de acuerdo 7. En desacuerdo 8. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 9. De acuerdo 10. Muy de acuerdo 	Medidas de Tendencia Central	Escala DES-28

Adherencia pregunta 1	Cuantitativa Nominal Dicotómica		3. Si 4. No	Frecuencias porcentajes	y	Test de Morisky- Green
Adherencia pregunta 2	Cuantitativa Nominal Dicotómica		3. Si 4. No	Frecuencias porcentajes	y	Test de Morisky- Green
Adherencia pregunta 3	Cuantitativa Nominal Dicotómica		3. Si 4. No	Frecuencias porcentajes	y	Test de Morisky- Green
Adherencia pregunta 4	Cuantitativa Nominal Dicotómica		3. Si 4. No	Frecuencias porcentajes	y	Test de Morisky- Green

11.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Empoderamiento y Adherencia Terapéutica en Adultos Mayores de una Institución de Seguridad Social Mexicana”.

El Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez, Dr. Eloy Maya Pérez, y el LEQ Edgar Eduardo Gómez González, están interesadas en estudiar el Empoderamiento y Adherencia Terapéutica en Adultos Mayores de una Institución de Seguridad Social Mexicana. Me han invitado a participar en una investigación que están realizando en conjunto con la Coordinación de la Maestría en Gerontología Social Integral de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Me han comentado que el semestre en cual me encuentro cursando, fue seleccionado para participar en el estudio por lo que invitarán a estudiantes de la División Académica de Ciencias de la Salud que cumplan con los criterios establecidos por el estudio y que deseen participar contestando algunas preguntas relacionadas con el tema a estudiar. En caso de que acepte participar en el estudio, tardará de 20 a 40 minutos en realizarme la encuesta.

Riesgos

Para que yo me sienta a gusto, todas las pruebas se realizarán en un lugar seguro, tranquilo y lo más privado posible. Me han informado que al aceptar o rechazar realizar la encuesta, no afectara mi calificación, además me ha informado que la información que yo proporcione será privada, y que nadie que no sea del grupo investigativo tendrá acceso a esta información.

Beneficios

Me comentan que, no percibiré un beneficio económico.

Participación voluntaria/abandono

Me han explicado que mi participación es voluntaria, que si algo no me pareciera bien puedo dejar de participar sin que me perjudique de alguna manera.

Preguntas

Ante cualquier duda sobre la investigación, puedo preguntarles directamente o acudir posteriormente con alguna de ellos a la Coordinación de Enfermería de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud localizada en Av. Gregorio Méndez Magaña 2838-A, Col. Tamulté, Villahermosa, Tabasco. C. P. 86150.

Confidencialidad

El equipo de investigación me refiere que todos mis datos serán manejados exclusivamente para su estudio por ellos mismos y que, los resultados de su investigación se mostrarán de manera confidencial solo con fines científicos

Declaración de Consentimiento

Una vez que se me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación, así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee; doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma y nombre del participante

Firma y nombre del investigador

Primer Testigo

Nombre y firma

Segundo Testigo

Nombre y firma

Fecha _____



Villahermosa, Tabasco, 08 de junio de 2022

Asunto: Asignación de folio.

DR. XAVIER MORENO ENRÍQUEZ,
COORDINADOR DE LA POSGRADO, DACS, UJAT.
PRESENTE.

Por este medio se le comunica, que después de ser revisada la información correspondiente a la solicitud de titulación en modalidad de tesis titulada: "Empoderamiento y Adherencia Terapéutica en Adultos Mayores con Diabetes tipo II de la CMF Casa Blanca ISSSTE." del estudiante Edgar Eduardo Gómez González de la Maestría en Gerontología Social Integral; bajo la dirección de los Investigadores: Dr. Heberto Romo Prego Álvarez y Dr. Eloy Maya Pérez, derivado del proyecto con el mismo nombre y registro ante ésta jefatura; se le asigna el Folio JI-PG-043.

Lo anterior, con la finalidad que el estudiante Edgar Eduardo Gómez González, continúe con los trámites correspondientes a la titulación.

Agradeciendo de antemano la atención que preste al presente, le saludo cordialmente.

Atentamente

*Recibo Original
Eduardo Gómez González
8/06/22
157 hrs.*

FRANCISCO JAVIER OCIOA DORLES
JEFATURA DE INVESTIGACIÓN.



c.c.p. Archivo.
DR.FJODymb.

11.8 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
División Académica de Ciencias de la Salud
Universidad de Guanajuato
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías



Materia:

Estancia Academia

Actividad:

Propuesta de Intervención Educativa

Elaborado por:

L.E.Q. Edgar Eduardo Gómez González

Catedrático:

Dra. Marcela Ortega Jiménez (UG)

Dra. Marisol Silva Vera (UG)

Dr. Eloy Maya Pérez (UG)

Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez (UJAT-DACS)

Villahermosa Tabasco

septiembre 2023

Índice

Introducción	81
Educación en la Diabetes Mellitus	88
Modelo en Creencias en Salud (verificar si existe).....	90
Guía y Técnicas Didácticas	91
a).....	Método Explicativo 93
Explicación oral	93
b).....	Técnicas de aprendizaje demostrativo 93
La simulación	94
c).....	Técnicas de Descubrimiento 95
Resolución de problemas	95
d).....	Técnicas de Trabajo en grupo 95
El debate dirigido o discusión guiada	95
Philipps 66	96
Role play	96
El foro	96
Métodos Para el Aprendizaje	97
Acciones	97
Diagrama de la Intervención	99
Primera Fase: Diagnostico Basal	99
Segunda Fase: Diseño	100
Tercera Fase: Ejecución	100
Cuarta Fase: Evaluación Final	101
Flujograma de Intervención	103
Participación del Cuidador Primario En la Intervención Educativa	104
Recursos Materiales y Presupuesto	112
Recursos Humanos	113
Financiamiento	113
Cronograma de Actividades	113

Descripción del instrumento..... ¡Error! Marcador no definido.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Introducción

Las enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus, suelen tener sus mayores manifestaciones al inicio de la etapa de la edad adulta. La diabetes mellitus aparece cuando el páncreas pierde la capacidad de producir la suficiente insulina o de utilizarla con eficiencia.

Las enfermedades crónico-degenerativas van en aumento y en algunos países han logrado superar incluso la prevalencia de las enfermedades infecciosas. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005). A este cambio relacionado con la prevalencia a nivel internacional de los padecimientos se le ha nombrado transición epidemiológica.

Los padecimientos de tipo cardiovascular se encuentran en primer lugar de morbilidad y mortalidad con más del 75% de los países en el mundo y se considera la primera causa de fallecimiento en América Latina. De acuerdo a un reporte de la (OMS, 2005), las enfermedades crónicas degenerativas se consideran la principal causa de muerte a nivel internacional donde su impacto continuo en aumento.

La diabetes mellitus tipo 2 representa una emergencia de salud pública que requiere de una intervención inmediata que aborde no solo los aspectos médicos si no de igual manera los no médicos (Ramírez et al 2019). Es la enfermedad crónica más común en los adultos mayores y representa de 85% a 90% de todos los casos, donde se considera que en su gran mayoría no tienen una buena adherencia terapéutica en su tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a lo reportado por Rodríguez et al. (2018) en población de adultos mayores.

En el mundo, aproximadamente 500 millones de personas tienen diabetes. La Federación Internacional de Diabetes (FID) realizó un informe donde “la diabetes no solamente es una crisis de salud pública”, es también considerada como una problemática social global.

En el continente americano, México es uno de los países con más casos de la diabetes mellitus con una cifra de 11.4 millones en 2016, representando aproximadamente 96 mil muertes anuales, posicionándola como la cuarta causa de muerte en el país. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, en el año 2017, China, India, Estados Unidos, Brasil y México, respectivamente, son los primeros 5 lugares con personas que viven con diabetes en el mundo.

En el año 2020 fallecieron 151,019 personas a causa de la diabetes mellitus, equivalente al 14% de la totalidad de las defunciones (1 086 743) reportadas en México; donde se identificó que 78 922 muertes se presentaron en el sexo masculino y 72,094 en el sexo femenino. El índice de mortalidad en la diabetes para el año 2020 se proyecta que será de un 11.95 personas esto por cada 10 mil habitantes en la población, la cifra más elevada en los pasados 10 años Instituto Nacional de Estadística y geografía (INEGI, 2021).

Se estima de acuerdo a la FID que a nivel mundial en 2019 existían estadísticamente 463 millones de personas que presentaban diabetes y se espera que dicha cifra presente un aumento a 578 millones en el año 2030 y en el año 2045 a 700 millones. En nuestro país, en el año 2018 de acuerdo a lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), existía 82,767,605 sujetos de 20 años y más en México, donde 8,542,718 contaban con un diagnóstico médico previo de diabetes.

De acuerdo a los datos estadísticos sobre la diabetes mellitus tipo 2 donde se observar como una de las principales causas de muerte en el mundo y en México, una

intervención educativa es de gran ayuda para coadyuvar en la reeducación de los adultos mayores y así tener un aprendizaje significativo que los oriente a un empoderamiento y adherencia en el manejo y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

El aprendizaje se considera propio del ser humano, por tanto, cada individuo aprende de forma diferente Sylwester (2008) el cual asevera que el ser humano siempre aprenderá durante toda su vida, existen personas que aprenden de manera fácil, todo dependerá de identificar y saber cómo aprenden y aplicar la metodología correcta de enseñanza para un aprendizaje significativo.

El conocimiento es la base fundamental que abre las puertas para obtener más aprendizaje; los educandos tienen que tener un aprendizaje en una sola dirección relacionadas con las exigencias y necesidades de la propia sociedad, deben alcanzar competencias que coadyuven a integrar y colaborar en el progreso de la comunidad, es por eso que junto al cambio social, se deben cambiar los mallas curriculares con el objetivo de un avance progresivo, teniendo la posibilidad de que no solo el rol del educador, sino que el propio educando adquiera su nuevo rol en el proceso de enseñanza aprendizaje.

La conducta identifica notablemente todas las actitudes que los individuos hacen y las cuales tienden a repetirse siempre y cuando sean apreciadas por un tercero como forma de reforzamiento. De esta manera el condicionamiento operante, tiene como principal objetivo transformar las conductas, mediante estímulos para convertirlas en las conductas anheladas y a su vez alejar ciertos comportamientos con el interés de formar mejores educandos lo cuales responden a la eliminación de diferentes tipos de relación social y pertinente a su vez que sus actitudes sean elementales de transformación dentro de la sociedad.

De acuerdo al conductismo se plantea que la base fundamental en el proceso de enseñanza aprendizaje está representado por un reflejo condicionado, de tal manera que se encuentra relacionado con una respuesta y el estímulo que provoca. El conductismo es considerado una orientación la cual enriquece el pensamiento de los individuos.

El principal objeto de estudio es la conducta observable para poder controlarla y pronosticarla; donde su principal objetivo es conseguir una conducta específica, existen dos variantes las cuales son el condicionamiento instrumental, clásico y operante.

El condicionamiento clásico se refiere a la relación entre estímulo y respuesta inmediata, de forma que, si sabemos diseñar los estímulos adecuados, alcanzaremos la respuesta deseada, en esta variante se explican tan solo comportamientos muy elementales.

Es un método el cual fue pensado por Pavlov donde el asocia un estímulo el cual es condicionado con otro llamado incondicionado. En este proceso se ven presente dos estímulos, cada uno con un estrecho proximal de tiempo.

El condicionamiento de tipo instrumental es una forma de aprender la cual se presenta cuando las acciones son el resultado inmediato de la propia conducta de la persona; quiere decir, que, a través del condicionamiento, dichas conductas o acciones en la persona es trasformada por las propias consecuencias.

Para que exista o presencia el aprendizaje de acuerdo al condicionamiento instrumental, debe existir una respuesta (R), esta respuesta deberá pronosticar un reforzador, esto debe tener una consecuencia de tipo positivo.

Uno de los factores que tienen gran importancia en el manejo y control de la conducta de tipo instrumental es la relación que existe entre la conducta y sus consecuencias.

Son de gran importancia el condicionamiento instrumental, la proximidad temporal y la casualidad ya que se establece entre la respuesta y el reforzador, es decir, la relación que se crea entre ambos factores.

Se considera al condicionante operante como un proceso en el cual se ejerce manejo o control sobre la conducta del individuo esto en un ambiente específico, por medio de la aplicación de un refuerzo positivo, teniendo una máxima adaptación y sobre todo flexibilidad, (Ardila, 1981).

De acuerdo a las corrientes y autores del conductismo el aprendizaje es definido como el proceso de adquirir de nuevas conductas o comportamiento. La teoría del esfuerzo describe el proceso donde se ve aumentada la asociación continua de una respuesta ante la presencia de un estímulo, al adquirir el individuo una recompensa o premio el cual se le conoce como el reforzador de tipo positivo.

De acuerdo al conductismo, el sujeto que enseña es la persona encargada de provocar dicho estímulo que se encuentra en el aprendiz y por lo general, se reduce a recompensas y el esfuerzo malo a castigos. Gracias a este enfoque se formuló el principio de la motivación, el cual consistía primordialmente en estimular al individuo para que este use la actividad sobre la toma de decisiones.

El conductismo tiene como objetivo el condicionar al aprendiz para que a través de la educación elimine acciones o conductas las cuales no se desean, de esta manera se estimula al sistema de aprendizaje para que utilice los procedimientos que están destinados a manipular las conductas, favoreciendo así a la competencia entre aprendices.

El cambiar de conductas en el paciente beneficia a un mayor compromiso y responsabilidad sobre sus decisiones teniendo como resultado el autocuidado en la salud,

mediante la conducción la cual se da través educación y estímulos para un aprendizaje significativo.

El autocuidado de acuerdo a Dorothea Elizabeth Orem (1969) se considera como una actividad aprendida por las personas o el individuo, que se orienta hacia un objetivo en específico. Se puede considerar como una conducta que existe en circunstancias específicas en el proceso de desarrollo de la propia vida, orientada por los individuos sobre sí mismos, hacia los demás o hacia su propio entorno, para regular o mantener los factores que afectan a s desarrollo y funcionamiento en beneficio de la vida, salud y bienestar (Artículo Dorotea).

Orem (1969) instituyó la teoría del déficit del autocuidado la cual es definida como un modelo habitual compuesto por tres teorías relacionadas entre sí: La teoría del autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como marco referencial para la educación, practica y la gestión en enfermería.

La teoría implanta las necesidades relacionados con el autocuidado, que aparte de ser un elemento primordial del modelo forma parte en la evaluación del individuo, el termino elemento es manejado y definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Orem (1969) propuso los tipos de requisitos:

- a) Son los que se pueden observar más comúnmente en los individuos o personas, donde se incluyen principalmente el mantenimiento principalmente del aire, agua, su eliminación y actividad, ejercicio, descanso, soledad y la propia interacción en la sociedad, así se previenen los riesgos e interacciones en la actividad realizada por la humanidad (aplicación del modelo)
- b) Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promueven las situaciones indispensables para la vida y madurez, previniendo la presencia de

circunstancias opuestas o disminuyen los efectos de dichas situaciones en los diferentes momentos del proceso de la evolución o del desarrollo del ser humano: La infancia, juventud, madurez y vejez.

- c) Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: Estos se encuentran considerados como los que surgen o se encuentran vinculados a los estados de la propia salud-enfermedad. Son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza en paciente o individuo con incapacidad o enfermedad crónica (11 autocuidado dorotea).
- d) Requisitos de autocuidado: Se refiere a la reflexión la cual es formulada y expresada en las acciones que se consideran esenciales y necesarias o en su defecto que tienen una eficacia en la medida de los procesos y los aspectos del propio funcionamiento y desarrollo humano, lo cual se considera expresiones de las acciones a lograr al dominar intencionalmente su propio autocuidado.

El autocuidado es considerado una actividad la cual es aprendida por las personas o individuos, que se tienen un objetivo; considerada una conducta que se observa y consta en situaciones específicas en la vida, encaminada por las personas sobre sí mismas, hacia su entorno o hacia los demás, con el objetivo de identificar los factores que perturban o interfieren en el desarrollo y funcionamiento en el beneficio de su propia vida, salud y bienestar.

El autocuidado se puede definir como la práctica de acciones que las personas inician en proporción con la situación de salud, con el propósito de seguir viviendo, alargar un desarrollo personal, mantener una buena salud, tener y conservar el bienestar, con el propósito de mantener la vida y salud, recuperarse de los daños, la enfermedad y controlar o manejar sus efectos.

Se refiere a una conceptualización de suma relevancia, pues incluye a la persona mayor como un individuo capaz de realizar la toma de decisiones, administrar su propia vida y asegurar la posibilidad de disfrutar un estado de salud óptimo. El autocuidado permitirá al adulto mayor alcanzar una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y responsabilidad en sí mismo de sus acciones, indispensables para tener un envejecimiento pleno y saludable.

En la actualidad el concepto de autocuidado es y se aplica en el proceso del envejecimiento de las personas mayores ya sean sanas o enfermas; para lograr dicho objetivo se requiere no solo de la participación de la persona adulta mayor si no de igual manera se requiere la participación de la familia, cuidadores y principalmente de las redes de apoyo, con la intención de coadyuvarles a guiar sus dificultades que tienen que ver con su salud.

El autocuidado ideal que el adulto mayor necesita dependerá de los factores intrínsecos y extrínsecos que afecten su capacidad de ver o vigilar por sí mismo; debe ser integral, es decir, no solo deberá responder a sus necesidades básicas, si no de igual manera debe incluir las necesidades psicológicas, de recreación, sociales y principalmente espirituales. Solo de esta manera el autocuidado será un conducto mediante el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades las cuales son indispensables para una vejez saludable.

Educación en la diabetes mellitus

De acuerdo a recomendaciones por parte de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), resalta que uno de los principales objetivos es la educación temprana en la persona enferma y su familia esto mediante a la observancia de un programa, además de establecer

criterios mediante el cual se debe llevar un control glucémico basado en lo que respecta a las cifras de hemoglobina glicosilada, y mantenerlo dentro de los valores normales.

La OMS de acuerdo a sus lineamientos, considera que la educación comunitaria en el ámbito sanitario forma parte fundamental en el tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus y una forma eficaz para el control de la enfermedad, prevención (Profilaxis) y sus complicaciones.

El desempeño activo dentro de los seres humanos en acciones sobre su propia salud puede tener un impacto positivo en el mantenimiento de su propia salud y en la aparición, declinación, facilitación o curación de las comorbilidades que han permitido la proliferación en el comportamiento respecto a la salud y la propia enfermedad.

Una educación continua en la salud coloca a las personas con diabetes como intérpretes de una intervención que puede ser parcial o permanente, que implica la capacidad de comunicarse con un equipo de atención el cual se encuentra capacitado en manejo del tema y coordinar un plan de tratamiento.

Todo tipo de población se beneficia con la educación, esto con base a cuando las personas logran controlar su afección efectivamente, mejorar su salud y bienestar en lo general y como resultado la reducción en el riesgo de complicaciones, de igual manera reduce el gasto en la rama de los servicios de salud. Actualmente está justificado y documentado que un mal manejo en el autocuidado en la diabetes puede generar un empeoramiento de la propia salud y se pone en riesgo el bienestar como tal en las personas que tienen o presentan una afección.

La educación para la salud es definida como las acciones dirigidas a el individuo, familia o comunidad con el objetivo de desarrollar habilidades, conocimientos, destrezas y actitudes que le permitirán cumplir en forma habitual con cierta responsabilidad del

cuidado de la propia salud, teniendo como resultado la disminución de los riesgos, prevención en la aparición de los daños, hacer uso de los servicios de atención médica y participar activamente en el manejo de los cambios producidos en su salud.

Modelo en creencias en salud

El comportamiento en salud y en la enfermedad se han conocido a lo largo de la historia como la actividad ejercida por una persona que aparentemente se encuentra saludable o que quiere volver a estarlo, con el objetivo de prevenir o limitar el avance de la enfermedad o, mejor aún, de detectarla en estadios iniciales o asintomática (Creencia en salud).

El modelo de creencias en salud se propone para la explicación y predicción del comportamiento preventivo en el estado de salud, donde es considerado como la consecuencia de una situación interactiva de algunas afirmaciones o creencias que tienen las personas; posteriormente su aplicación abarca hasta las respuestas de las personas en relación sus señales y comportamiento en las respuestas a las enfermedades ya diagnosticadas, con un énfasis en la adherencia al tratamiento indicado por el personal médico.

El MCS relaciona teorías psicológicas de construcción o la toma de decisiones, para pretender dar una explicación a las acciones frente a situaciones de elección de alternativas, de opciones comportamentales con algunas implicaciones en el estado de salud (Creencia en salud).

Está inspirado en la parte cognitiva la cual considera el comportamiento como resultado del conjunto de creencias y evaluaciones internas que el individuo o persona

aporta a una situación determinada (32). Considera que el comportamiento o acciones en salud está interrelacionado con el conocimiento sobre dicha enfermedad, los resultados y sobre todo las creencias. Destaca que el conocimiento del individuo acerca de la debilidad a una enfermedad y eficacia del tratamiento tendrán influencias sobre la toma de su propia decisión en relación con su propio comportamiento en la salud.

Se considera a la susceptibilidad ante una problemática de salud como una dimensión de gran importancia la cual valora a las personas o sujetos como difieren en su percepción de la propia vulnerabilidad o miedo a enfermarse, a partir la persona que se encuentra en la negatividad de cualquier posibilidad a contraer una enfermedad, cruzando por la aceptación que acepta el riesgo estadístico de que esto ocurra, hasta la persona que exprese su convencimiento de estar en riesgo de contraer algún tipo de enfermedad ya sea crónica o degenerativa.

La severidad que percibe la persona o el individuo se refiere y está relacionada con la creencias relacionada a la magnitud o riesgo de contraer una determinada enfermedad o no tratarla una vez contraída, se trata de una dimensión que puede poseer dos tipos de efectos en la pérdida de la salud, la primera abarca las consecuencias médicas que puede implicar incapacidad, dolor y en caso extremo la muerte como tal y la segunda las posibles consecuencias sociales que abarca la parte de las relaciones sociales, efectos de la enfermedad sobre la capacidad profesional de la persona o sus relaciones familiares.

Guía y técnicas didácticas

En el desarrollo profesional y continuo la formación continuada se considera como un pilar fundamental de la vida laboral de los profesionales en el ámbito de la salud y sanitarios, donde permite el mantenimiento y mejora de las competencias de igual manera

la adquisición de otras nuevas con la finalidad de ayudar a garantizar la calidad de la atención de la salud y la calidad de vida.

El cualquier actividad, trabajo o proceso se promueve continuamente el aprendizaje significativo, donde generalmente no se produce de una forma explícita, donde como consecuencia su aprovechamiento es insuficiente que cuando se utilizan métodos y procedimientos, los cuales permiten sintetizar el proceso formativo; que abarca desde la identificación de las necesidades hasta el aprendizaje de forma individual u organizada, llegando a la evaluación del desarrollo y el resultado de la actividad o programa de actividades formativas.

El perfeccionamiento de una formación continuada de calidad se justifica con los principios metodológicos los cuales habrán de guiar todo el proceso formativo, principios los cuales están centrados fundamentalmente en la adaptación al nivel y expectativa de la población a educar y en la creación de un ambiente positivo el cual favorezca el aprendizaje que será útil para la práctica y enseñanza profesional.

El aprendizaje significativo existe siempre y cuando se conozca el nivel de competencia del educando, los conocimientos previos y las expectativas. Se trata de mejorar partiendo de lo que dominan y apoyarlos a llegar a cumplir el objetivo de aprendizaje adherido. El ajustar el proceso formativo a los educandos reales de la formación, con el objetivo de que esta facilite el desarrollo, adquisición o reforzamiento de competencias necesarias para la óptima acción en la atención sanitaria desde la parte educativa.

Fomentar un clima de interacción positivo en el educador y el educando favorece las relaciones empáticas y de cooperación, contribuyendo al mantenimiento de las relaciones

fluidas y gratificantes en el contexto del aprendizaje, facilitando y contribuyendo en el flujo en una buena comunicación.

La aplicación y elección de los diferentes procesos, lleva incluido el uso de las técnicas didácticas que apoyan al educador y al educando a ser dinámico el proceso de autoaprendizaje. Es definido como la manera, procedimientos sistematizado o medios y suficientemente probados, que coadyuvan a desarrollar y organizar una actividad, de acuerdo a los objetivos y finalidades pretendidas.

Al igual que las técnicas de aprendizaje, estos métodos han de utilizarse en función de las propias circunstancias y las características del grupo que pretende, es decir, teniendo en cuenta las necesidades, las expectativas y perfil del colectivo destinatario de la formación, así como de los objetivos que la formación pretende alcanzar.

a) Método explicativo

Explicación oral

Esta técnica de aprendizaje generalmente se encuentra dirigida a un, donde se pretende que el educando, a traves de la explicación, entienda datos, métodos y conceptos o procedimientos, donde lo relacionara con los que ya posee y lo estructurara de una forma individual. En la medida en que el educando participe o intervenga mayormente, través de preguntas, se tendrá un ambiente y aprendizaje más interactivo.

b) Técnicas de aprendizaje demostrativo

A través de una demostración en aprendizaje por observación, es de gran provecho para lograr los objetivos que están relacionados con la aplicación automática de procedimientos. Esta deberá ir acompañada de la práctica del educando con la finalidad de

aumentar su efectividad, así como la demostración de un camino incorrecto. Deberá iniciar siempre con la presentación por parte del educador con ejemplos repetidos o prototipos en el campo de la aplicación del proceso.; convirtiéndose en un asesor cuando el educando inicie la práctica de una manera individual.

La simulación

La simulación se considera una destreza de aprendizaje de manera grupal, la cual reconoce que los educandos desarrollen los métodos empáticos y se empoderen de roles en la presentación de circunstancias, hechos o acontecimientos. Es utilizada por diversas áreas del conocimiento con la finalidad de crear experiencias de gran significado al educando, para que el acontecimiento sea duradero, competente y aplicado en condiciones futuras.

Pimienta (2012), concibe la simulación como “estrategia que intenta representar situaciones de la vida cotidiana en las que participen los educandos, teniendo o actuando roles que tienen la finalidad de dar soluciones a un determinado problema o, simplemente, para poder experimentar una situación determinada”. La simulación es considerada como una estrategia didáctica que tiene como principal propósito preparar al educando para el afrontamiento de situaciones reales sin necesidad que estos vayan al medio en sí, con la ventaja que favorece el desarrollo de competencias y el fortalecimiento de las nociones que tiene el educando sobre la propia realidad en cualquier área del conocimiento.

Se logran la obtención de habilidades y conocimiento a través del aprendizaje sobre las situaciones prácticamente reales, donde se favorece la retroalimentación de manera inmediata de dichos resultados (videos, informática, robot, etc).

c) Técnicas de descubrimiento

A través de esta técnica se pretende que el educando se convierta en un agente de su propia información, esto mediante la investigación propia, el contacto con su propia realidad el cual es el principal objeto de estudio y las experiencias del grupo de trabajo.

Resolución de problemas

Esta técnica de enseñanza consiste en más que una demostración por parte del educador, donde se pretende que, el educando a través de un aprendizaje guiado, tenga la capacidad de analizar los diferentes factores que intervienen en una problemática y esto le permita formular diferentes alternativas para las posibles soluciones.

El caso: Es donde a través de una descripción de una situación real o ficticia, se formula una problemática donde el educando deberá identificar una sola solución. Se utiliza primordialmente en una modalidad de aprendizaje formativa de las sesiones clínicas, favoreciendo así la transferencia exitosa del aprendizaje.

d) Técnicas de Trabajo en grupo

El principal propósito de esta técnica es aumentar la eficacia en el aprendizaje a través de la dinámica y colaboración de los grupos, las técnicas más utilizadas son:

El debate dirigido o discusión guiada

Consiste en la integración de un grupo reducido (entre 5 y 20) donde se tratará un tema de discusión informal, donde se van a intercambiar ideas y opiniones, con el apoyo y

ayuda activa y estimulante de una persona como moderador o conductor del grupo. La práctica y la experiencia demuestra que el aprendizaje que se ha logrado adquirir y producir a través del uso de esta técnica, permitirá la comprensión y profundización de los temas y tendrá como resultado la propia satisfacción del educando.

Philipps 66

Esta técnica de enseñanza consiste en la conformación de un grupo grande donde se va a dividir en subgrupos de aproximadamente 6 personas, donde se discutirá un tema en específico durante seis minutos y deberán llegar a una conclusión en común acuerdo. A través del informe y análisis de todas las conclusiones de los grupos, se llegará a una conclusión en general. Esto facilitará la confrontación de las ideas o puntos de vista, esto mediante la actividad y participación en general de todas las personas o integrantes del grupo. De igual manera puede utilizarse como técnica para conocer e identificar las ideas previas con las que cuenta en educando.

Role playing

Dos o más personas personalizan un escenario real, ocupando los roles del caso, con el objeto de que se pueda ser mejor comprendida y tratada por el grupo.

El foro

El grupo opina libre y de manera informal sus ideas y opiniones sobre un asunto, moderados por el educador. Generalmente acompaña a otras técnicas (mesa redonda, role playing, etc.) o se utiliza como continuidad de la actividad, al finalizar ésta.

Métodos para el aprendizaje

Toda acción formativa tiene como principal objetivo el aprendizaje de determinados contenidos y por adquisición de nuevos objetivos. No todas las acciones pueden conseguir la misma eficacia. Esto está relacionado con una acción formativa la cual persigue objetivos distintos y requiere de la parte práctica de una metodología diferente.

El método de aprendizaje puede considerarse como un plan de manera estructurada que facilite y oriente el proceso de aprendizaje. Se considera como un conjunto de disponibilidades personales e instrumentales que, dentro de la práctica formativa, deben organizarse para así promover el aprendizaje significativo.

Acciones

Las acciones de aprendizaje se establecen como un conjunto de quehaceres que se proponen al alumnado para lograr un objetivo determinado previamente determinado, a través del aprendizaje de un determinado contenido. Por esta razón se puede decir que conforman experiencias de aprendizaje y formativas.

La deliberación de las acciones o tareas a desarrollar no debe ser injusta. Por esta razón, proponemos una serie de factores a tener en cuenta para su planteamiento y/o elección:

- Deben estar adecuadas a las necesidades del alumnado: intereses, nivel competencial, perfil, ritmo, disponibilidad, etc.
- Deben ser afines con los objetivos.
- Deben ser sencillamente evaluables.
- Deben plantearse de forma que motiven y estimulen.

- Deben ser transferibles al puesto de trabajo (útiles).
- Deben ser viables, teniendo en cuenta los recursos disponibles, incluido el tiempo.

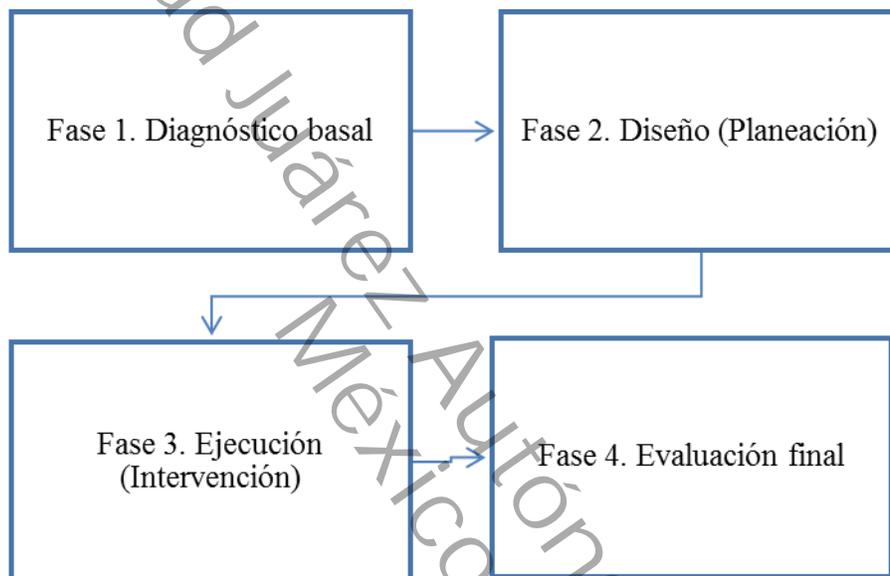
Teniendo en consideración estas particularidades y el instante del proceso de aprendizaje en el que nos encontremos, diferenciaremos también entre diferentes tipos de trabajos para la formación: Introducción-motivación: que permitan situar al alumnado ante la realidad del aprendizaje con una actitud positiva.

Descubrimiento de conocimientos previos: Facilitarán al educador el nivel conocimiento de las ideas anteriores del educando, en las diferentes etapas del aprendizaje, para la adaptación continua a los destinatarios de la actividad.

- De desarrollo y fortalecimiento: Facilitan el aprovechamiento, asimilación y el aseguramiento de los conocimientos tanto teóricos como prácticos, así como la aplicación de estos a otros contextos.
- De refuerzo: Facilitarán la estimulación y recuerdo de lo aprendido y auxiliarán a aquellos/as alumnos/as que, por cuestiones de experiencia previa, nivel de madurez, etc., presenten alguna desventaja con respecto al resto de compañeros.

Diagrama de la intervención

Se realizará una investigación cuasi experimental consistente en una intervención educativa, considerando para su medición dos evaluaciones: una pre o previa (diagnóstico basal) y otra post o posterior (Evaluación final).



En su desarrollo la investigación a realizar contempla 4 fases:

Fuente: Autoría Propia

Primera fase: Diagnostico basal

Durante esta primera fase se realizó la aplicación de los instrumentos de evaluación a los adultos mayores de la clínica médica familiar del ISSSTE en la colonia Casa Blanca del Municipio del Centro, Tabasco, donde con los resultados obtenidos se realizó un diagnostico basal para poder realizar el diseño de la intervención actual.

Segunda fase: Diseño

En esta etapa se realizó la elaboración y estructura de la intervención educativa, donde con base a los resultados Diagnóstico Basal se eligieron temas para impartir a los adultos mayores, se realizó la elaboración de 6 talleres los cuales serán impartidos en la clínica médica Familiar del ISSSTE de la colonia Casa Blanca del Municipio del Centro, Tabasco, donde se plantearon objetivos de manera general por cada uno de los talleres, contenido temático dirigidos a los adultos mayores de acuerdo a las debilidades y fortalezas identificadas, objetivos Específicos los cuales se centraron en los temas impartidos en los talleres, técnica didáctica las cuales se encuentra fundamentadas de acuerdo a modelos de educación, material didáctico disponible en la literatura adecuados para la población de intervención, Actividad de Aprendizaje, Estrategia Didáctica, Evaluación, Descripción de la actividad y el Producto obtenido.

Se realizará en las instalaciones de la clínica médica Familiar del ISSSTE de la colonia Casa Blanca, centro, Tabasco, con el apoyo de las autoridades correspondientes para su realización y aplicación de la intervención educativa en los adultos mayores que forman parte de la muestra. Se elaboró guía didáctica sobre el taller de la intervención a ejecutar, un manual de bolsillo con información básica sobre la diabetes mellitus tipo 2 como lo es datos de alarma y alimentos saludables.

Tercera Fase: Ejecución

Se realizará la ejecución de la intervención educativa en las instalaciones de la clínica médica Familiar en coordinación con las autoridades educativas y de la clínica, tendrá una duración aproximada de 6 meses de acuerdo a el programa educativo, cada taller

tendrá una duración de aproximadamente 60 minutos, esto dependerá de la cantidad de personas mayores y el tiempo disponible.

Se realizará una evaluación diagnóstica pre y pos al inicio y al término de cada taller, posteriormente de igual manera se realizará una evaluación final al término de la intervención para observar el impacto de dicha intervención en el empoderamiento y la adherencia de los adultos mayores en su tratamiento de la diabetes Mellitus tipo 2.

Cuarta fase: Evaluación final

Se aplicará un cuestionario pre, pos y final para ver el impacto de la intervención en los adultos mayores, en cada taller.

Para la medición de los conocimientos, habilidades y actitudes, se utilizará el instrumento denominado “Instrumento para medir el grado de conocimientos del adulto mayor, relacionado con su enfermedad y cuidados que implica”.

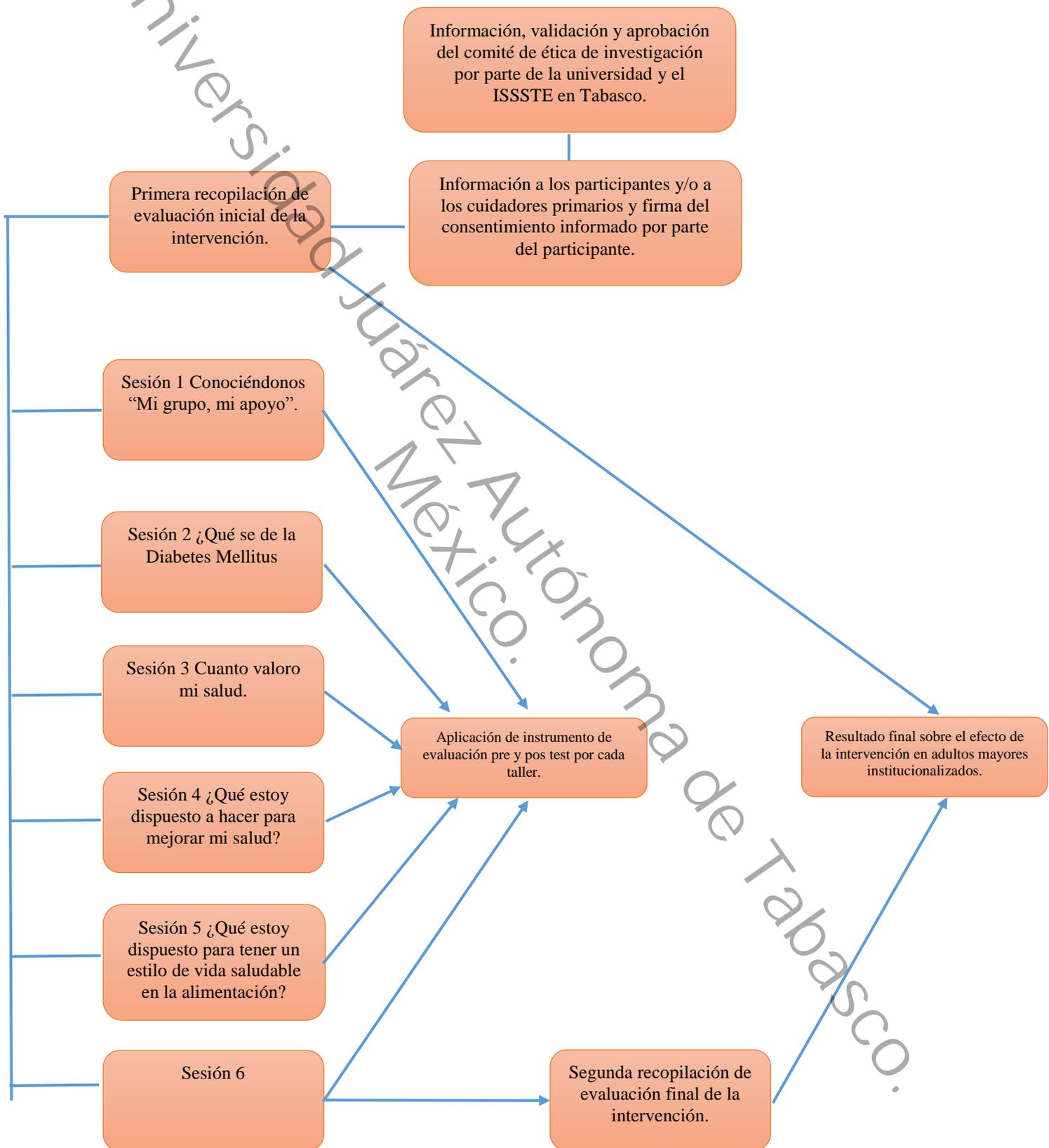
Se trata de una encuesta estructurada, donde se incluyen preguntas organizadas de acuerdo a temas como: Conocimientos generales sobre la enfermedad, el apego al tratamiento, apoyo nutricional y ejercicio, derivado de la información del diagnóstico basal, información escrita y la práctica durante el desarrollo de la intervención educativa, los ítems de este instrumento de escala tipo Likert, se realizara la sumatoria de cada uno de ellos, los cuales cuentan con una numeración de ponderación que va de 0 a 3, en la sumatoria de los 35 ítems con 105 puntos en su totalidad.

Cuenta con cuatro dimensiones a evaluar: Conocimiento, Ejercicio, alimentación y Apego al tratamiento. La dimensión conocimiento cuenta con 8 ítems que valora el nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre su enfermedad; La dimensión Ejercicio cuenta con 5 ítems que evalúan la parte de actividad y ejercicio en el adulto mayor; la

dimensión de alimentación que cuenta con 8 ítems que valoran el tipo de alimentación que tiene el adulto mayor y con qué frecuencia los consume y la dimensión de apego al tratamiento la cual cuenta con 14 ítems que valora que tanto se apegan o realizan la actividad para ayudar al tratamiento o indicaciones médicas.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Flujograma de intervención



Participación del cuidador primario en la intervención educativa

El rol del cuidador en la actualidad está adquiriendo una importancia que va en creciente dentro de una sociedad envejecida. Su participación se está siendo fundamental en los adultos mayores, principalmente los que se encuentran con fragilidad, con la finalidad de permanecer en un entorno con una calidad de vida aceptable y viable para su etapa.

Es preciso que desde la propia sociedad se conozca y reconozca su realidad, con la finalidad de realizar acciones en beneficio y apoyo los cuales les permitan continuar con su labor, para cuidar a los cuidadores. Es importante resaltar que la mayoría de las enfermedades que padecen actualmente los adultos mayores son de tipo crónicas y degenerativas, por lo que el cuidador principal debe de estar preparado con los conocimientos y acciones necesarias esto debido a que la tarea puede convertirse en un proceso agotador y resultar demasiado estresante para el cuidador.

El cuidador se ha definido como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades esenciales o las relaciones sociales”.

Los fenómenos o situaciones pueden ser múltiples a los que el adulto mayor se puede enfrentar. La OMS señala que el proceso de envejecimiento poblacional se considera como un proceso de transición difícil en la vida del ser humano, donde influye la composición, las modalidades de la convivencia familiar, salud y el propio bienestar del individuo o personas. Cuando los adultos mayores dejan de ser funcionales, será necesario de depender de un cuidador, con el objetivo de ayudarlo a cubrir las funciones y las necesidades básicas de la vida diaria.

Una característica principal de los cuidadores de los adultos mayores es el perfil que debe reunir, ya que será la persona encargada de realizar los cuidados de manera no profesional de los adultos mayores que tengan o se encuentren en riesgo de una dependencia. Las tareas que efectúa un cuidador informal, es orientado principalmente a facilitar el progreso de las actividades en la vida diaria como es el vigilar y controlar, acompañamiento y apoyo emocional en el adulto mayor.

Los cuidados y las acciones en el rol del cuidador están sujetos a un cambio, dependiendo la etapa de la enfermedad que tenga y su evolución. Al inicio, las actividades y acciones estarán centradas en la vigilancia y el control, a medida que avance a enfermedad aumentara el grado de complejidad en las actividades sobre el cuidado, principalmente en las actividades más básicas del adulto mayor.

De esta forma el cuidador del adulto mayor necesita de una mayor comprensión del proceso del envejecimiento, con la finalidad de que su posterior atención hacia el adulto mayor sea de una manera adecuada, con calidez y calidad. Se considera al cuidador como la persona encargada de coadyuvar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor, sin tener o recibir un pago económico por su actividad o servicios.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Empoderamiento y Adherencia Terapéutica en la diabetes tipo 2 del Adulto Mayor

Lugar: Clínica Médica Familiar del ISSSTE (Col. Casa Blanca)
Villahermosa, Tabasco.

Hora de Inicio:

Hora de Termina:

Objetivo General: Redirigir el empoderamiento para incrementar la adherencia terapéutica en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

Dirigido a: Adultos Mayores Derechohabientes de la Clínica Médica Familiar del ISSSTE.

Fecha y Hora	Sesión # 1	Duración de la sesión	Contenido Temático	Objetivos Específicos	Técnica didáctica	Material Didáctico	Actividad de Aprendizaje	Estrategia Didáctica	Evaluación	Descripción de la actividad.	Producto obtenido
5 Min.	Conociéndonos "Mi grupo, mi apoyo".	60 Minutos	Integración grupal. Conocer los conocimientos que tiene sobre la diabetes mellitus tipo 2 Compromisos con el curso	Expresar las expectativas que tiene del taller. Generar un ambiente de confianza y empatía entre los participantes y el facilitador.	Rompe hielos con una palabra (Buscar). Verdades y Mentiras	Test sobre conocimiento Diario personal.	Transmisión y construcción del conocimiento en las personas adultas mayores.	Dinámica de integración y exploración.	Aplicación del cuestionario diagnóstico pre y pos. De la intervención general.		1.- Lista de asistencia. 2.- Cuestionarios realizados. 3.- fotos o grabación 4.- Relación de Equipos. 5.- Diario Personal 7.- Actividades y resultados del Taller 7.- Resultados de evaluación pre y post.
20 Min.											
10 Min.											
10 Min.											
15 Min.											

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Empoderamiento y Adherencia Terapéutica en la diabetes tipo 2 del Adulto Mayor

Lugar: Clínica Médica Familiar del ISSSTE (Col. Casa Blanca)
Villahermosa, Tabasco.

Hora de Inicio:

Hora de Termina:

Objetivo General: Redirigir el empoderamiento para incrementar la adherencia terapéutica en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

Dirigido a: Adultos Mayores Derechohabientes de la Clínica Médica Familiar del ISSSTE.

Fec ha y Ho ra	Sesió n #2	Duració n de la sesión	Contenido Temático	Objetivos Específicos	Técnica didáctica	Material Didáctico	Actividad de Aprendizaje	Estrategia Didáctica	Evaluación	Descripción de la actividad.	Producto obtenido
5 Min .	¿Qué se de la Diabetes Mellitus?	60 Minutos	Introducción a la diabetes mellitus tipo 2, exposición de los conceptos básicos sobre la enfermedad. Tipos de diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes tipo 2. Complicaciones de la diabetes tipo 2.	Evaluar los conocimientos iniciales sobre la diabetes mellitus de los adultos mayores. Explicar a través de una presentación (rotafolio) la definición de la enfermedad y sus diferentes tipos. Identificar los signos de alarma de en la diabetes	Comunidades de aprendizaje: los adultos podrán compartir opiniones, experiencias, conocimientos previos, y recién adquiridos. Métodos de caso: Consiste en abordar situaciones específicas de enseñanza aprendizaje vinculadas a la experiencia	Bolígrafo, encuestas, rotafolio, presentación de power point.	Integración de consenso del grupo de trabajo con las recomendaciones de tratamiento y cuidados para prevenir complicaciones propias de la enfermedad.	Exposición por el facilitador: Discusión grupal	Aplicación del Instrumento para evaluar el conocimiento previo sobre el tema. Clasificación grupal de los factores de riesgo, signos y síntomas, y complicaciones (apoyo con tarjetas visuales).		1.- Lista de asistencia. 2.- Cuestionario pre y post. 3.- Presentación de Power point. 4.- Diario Personal 5.- Actividades y resultados del Taller.
20 Min .											
10 Min .											
10 Min .											
15 Min .											

				<p>mellitus.</p> <p>Incrementar el nivel de conocimiento sobre la diabetes tipo 2 en adultos mayores de la CMF Casa Blanca del ISSSTE.</p> <p>Adquirir conocimientos sobre el tratamiento de la enfermedad.</p>	de las encuestas iniciales						
--	--	--	--	---	----------------------------	--	--	--	--	--	--

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Empoderamiento y Adherencia Terapéutica en la diabetes tipo 2 del Adulto Mayor

Lugar: Clínica Médica Familiar del ISSSTE (Col. Casa Blanca)
Villahermosa, Tabasco.

Hora de Inicio:

Hora de Termina:

Objetivo General: Redirigir el empoderamiento para incrementar la adherencia terapéutica en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

Dirigido a: Adultos Mayores Derechohabientes de la Clínica Médica Familiar del ISSSTE.

Fec ha y Ho ra	Sesión #3	Dura ción de la sesió n	Contenido Temático	Objetivos Específicos	Técnica didáctica	Material Didáctico	Actividad de Aprendizaje	Estrategia Didáctica	Evaluación	Descripción de la actividad.	Producto obtenido
5 Min .	Cuanto valoro mi salud.	90 Min utos	Manejo de la hipoglucemia e hiperglucemia. como actuar y como acudir a urgencias	Desarrollar habilidades sobre la identificación de los signos de alarma de la diabetes mellitus tipo 2. Aprender el o los tratamientos a seguir en el manejo de la hiperglucemia e hipoglucemia. Reforzar los conocimientos sobre las señales de alarma y saber cuándo acudir al área de urgencias.	Presentación de un video: Se presenta una situación ficticia, que plantea un problema: Del control de la diabetes. Debate o discusión guiada: Consiste en el intercambio informal de ideas, información u opiniones realizado los adultos mayores, quienes son moderados por el experto que hace de guía y plantea interrogantes para conducir la discusión.	Medios Audiovisuales, díptico informativo, bolígrafo, papel.	Presentación de un caso clínico ilustrativo a través de un video educativo. Lluvia de ideas.	Simulación	Aplicación del Instrumento para evaluar el conocimiento de acuerdo a lo aprendido.		1.- Lista de asistencia. 2.- Cuestionario pre y post. 3.- Actividades y resultados del Taller. 4.- Video Educativo. 5.- Caso clínico 6.- Fotos 7.- Diario Personal
20 Min .											
10 Min .											
10 Min .											
15 Min .											

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Empoderamiento y Adherencia Terapéutica en la diabetes tipo 2 del Adulto Mayor

Lugar: Clínica Médica Familiar del ISSSTE (Col. Casa Blanca)
Villahermosa, Tabasco.

Hora de Inicio:

Hora de Termina:

Objetivo General: Redirigir el empoderamiento para incrementar la adherencia terapéutica en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

Dirigido a: Adultos Mayores Derechohabientes de la Clínica Médica Familiar del ISSSTE.

Fec ha y Ho ra	Sesión # 4	Dura ción de la sesió n	Contenido Temático	Objetivos Específicos	Técnica didáctica	Material Didáctico	Actividad de Aprendizaje	Estrategia Didáctica	Evaluación	Descripción de la actividad.	Producto obtenido	
5 Min .	¿Qué estoy dispuesto a hacer para mejorar mi salud?	60 Min utos	Uso correcto e interpretación de las cifras del glucómetro. Uso correcto de los lápices de insulina, jeringas y lancetas. Sitios de aplicación de la insulina.	Identificar el uso y manejo de los materiales de primera mano cómo es el glucómetro de una forma correcta.	Análisis de los factores de riesgo a partir de lo que yo reconozco en mí.	Medios Audiovisuales, caso impreso.	Resolución de problemas a través de lo aprendido.	Exposición	Toma de glucemia entre los participantes y en casa con los familiares.		1.- Lista de asistencia. 2.- Cuestionario pre y post taller. 3.- Presentación en PowerPoint. 4.- Actividades y resultados del Taller. 5.- Trípticos, Dípticos y rotafolio. 6.- Autorreflexión oral o escrita. 7.- Diario personal	
20 Min .				Identificar la utilización de los lápices de insulina o jeringas de insulina en su caso.	Técnica del espejo. (Identifica los compromisos que adquirirá sobre sí mismo y los factores de riesgo).	Trípticos Dípticos Rotafolios	Autorreflexión con base a los conocimientos adquiridos.	Participación de los participantes	Aplicación del Instrumento para evaluar el conocimiento de acuerdo a lo aprendido.			
10 Min .				Adquisición de conocimientos sobre los lugares de aplicación de la insulina.		Diario personal	Retroalimentación	Resolución de problema	Técnica de la pregunta			
10 Min .				Describir la técnica de la toma de glucosa.								
15 Min .												

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Empoderamiento y Adherencia Terapéutica en la diabetes tipo 2 del Adulto Mayor

Lugar: Clínica Médica Familiar del ISSSTE (Col. Casa Blanca)
Villahermosa, Tabasco.

Hora de Inicio:

Hora de Termino:

Objetivo General: Redirigir el empoderamiento para incrementar la adherencia terapéutica en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

Dirigido a: Adultos Mayores Derechohabientes de la Clínica Médica Familiar del ISSSTE.

Fec ha y Ho ra	Sesió n # 5	Duración de la sesión	Contenido Temático	Objetivos Específicos	Técnica didáctica	Material Didáctico	Actividad de Aprendizaje	Estrategia Didáctica	Evaluación	Descripción de la actividad.	Producto obtenido
5 Min .	¿Qué estoy dispu esto para tener un estilo de vida salud able en la alime ntaci ón?	60 Minutos	Conductas alimenticias recomendadas y pertinentes para mejorar el estilo de vida en el adulto mayor. Grupos de alimentos permitidos en el adulto mayor. La jarra del buen beber. El plato del buen comer Importancia de evitar o disminuir la ingesta y consumo de los alimentos permitidos en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2.	Reforzar las conductas de alimentación y estilos de vida. Describir los grupos de alimentos. Identificar la jarra del buen beber y el plato del buen comer.	Aprendizaje por Autoconcep to: autodirecci ón, mediante el uso de la voluntad individual y la disposición de aprender; parte de la experiencia como recurso de formación para relacionar y dar significado al conocimien to adquirido	Rotafolio. Presentaci ón de power point. Lotería de frutas y verduras.	Taller del Azúcar Identificación de conductas alimenticias. Resolución de Problemas.	Psico-Educación Educación Nutricional Discusión Guiada Reforzamiento positivo de conductas.	Aplicación del Instrumento para evaluar el conocimiento de acuerdo a lo aprendido pre y pos.	¿Preguntar cómo reforzar las conductas en el adulto mayor?	1.- Lista de asistencia. 2.- Actividades y resultados del Taller. 3.- Fotos 4.- Rotafolio 5.- Presentación de PowerPoint. 6.- Propuesta de integración de un club diabético. 7.- Diario Personal
20 Min .											
10 Min .											
10 Min .											
15 Min .											



Recursos Materiales y Presupuesto

Material/Equipo	Presentación	Precio Unitario	Cantidad	Total
Impresora	1 Equipo	\$5,000	1	\$5,000
Hojas Blancas	1 Caja	\$620	1	\$620
Lápices	2 Cajas	\$50	2	\$100
Plumas/Lapiceros	2 Cajas	\$50	2	\$100
Viáticos	Boleto de Camión.	\$5,000	1	\$5,000
	Gasolina	1 L \$23	40	\$920
	Comida.	\$150	10	\$1500
Cartuchos de Tinta	2 Pieza (Tóner)	\$1,500	2	\$3,000
Tabla de acrílico con clip tamaño carta.	5 Piezas	\$40	5	\$200
Sacapuntas	1 Caja	\$50	1	\$50
Borrador	1 Caja	\$100	1	\$100
Cartulinas	1 Paquete	\$100	1	\$100
Plumones	2 Paquetes	\$100	2	\$200
Memoria USB	1 Pieza	\$300	1	\$300
Refrigerio	Aperitivos	\$50	114	\$5,700
Agua	2 Garrafrones	\$45	2	\$90
Vasos	3 Paquetes	\$40	3	\$120
Servilletas	3 Paquetes	\$35	3	\$105
Platos	3 paquetes	\$40	3	\$120
Diseño del taller				\$27,000
Total				\$ 23,325



Recursos Humanos

Nombre	Cargo o Puesto
L.E.Q. Edgar Eduardo Gómez González	Investigador
Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez	Asesor de Tesis
Dr. Eloy Maya Pérez	Co-Asesor de Tesis

Financiamiento

Sin financiamiento

Cronograma de Actividades

Actividades					
Búsqueda y lectura de la bibliografía	■				
Estancia académica		■			
Revisión por tutores de producto de estancia académica		■			
Revisión por Directores de tesis y autoridades académicas de UJAT-DACS.			■		
Aplicación de intervención y recolección de datos				■	
Análisis de los resultados					■



Instrumento de Evacuación Pre y Post “Intervención Educativa en Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 de la clínica Médica Familiar del ISSSTE, Casa Blanca, Centro Tabasco.”

Folio _____ Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 _____ Escolaridad _____ Estado Civil _____ Ocupación _____ Teléfono _____ Tiempo de
 Diagnostico de Diabetes Mellitus _____ Talla _____ Peso _____ Fecha _____.

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de evaluar los conocimientos que usted tiene, relacionados con el cuidado de su salud. Instrucciones. Anote una X en la columna que más se acerque a su forma de vida.

	Pregunta	NUNCA (0)	RARAS VECES (1)	ALGUNAS VECES (2)	SIEMPRE (3)
	Conocimientos				
1	Puedo describir que es la diabetes y sus causas.				
2	Puedo identificar los signos y síntomas de la diabetes.				
3	Conozco la importancia que tiene el cuidado de mi salud en relación a la alimentación, el ejercicio y los medicamentos				
4	Puedo identificar los síntomas y signos cuando mi azúcar está por arriba de las cifras normales.				
5	Conozco la importancia de mantener mi hemoglobina glicosilada en cifras normales.				
6	Conozco cuales son las complicaciones de mi enfermedad, las cuales se pueden presentar si no me cuido adecuadamente.				
7	Puedo identificar y tratar los síntomas cuando mis niveles de azúcar están por debajo de las cifras normales.				
8	Conozco como medir mis niveles de glucosa capilar con un aparato.				
	Ejercicio				
9	Para favorecer mi circulación sanguínea, acostumbro a caminar o hacer algún tipo de ejercicio.				
10	Conozco cuando debo hacer ejercicio y cuando debo extremar precauciones.				
11	Hago por lo menos 30 minutos diarios de ejercicio.				
12	Antes de hacer ejercicio reviso mis pies.				
13	Para hacer ejercicio utilizo ropa cómoda y zapato suave para evitar lesiones en los pies				
	Alimentación				
14	Llevo un plan de alimentación saludable, equilibrada y con fibra				



15		NUNCA (0)	RARAS VECES (1)	ALGUNAS VECES (2)	SIEMPRE (3)
16	Consumo verduras, leguminosas, frutas, en cantidades recomendadas.				
17	Ingiero leche con bajo contenido en grasas. (Descremada o light)				
18	Se la importancia de Ingerir, alimentos en un día más de tres veces				
19	Vigilo que mi alimentación contenga poca grasa animal.				
20	Mi alimentación es con carnes y quesos con bajo contenido de grasas saturadas (aves sin piel, pescado, queso cottage y tipo panela).				
21	Consumo poca cantidad de sal a mis alimentos.				
22	En lugar de agregar a mis alimentos azúcar la substituyo por (Canderel, Splenda o algún otro sustituto comercial).				
	Apego al Tratamiento				
23	Cumplo, con los cuidados que me recomiendan en la consulta, como parte de mi tratamiento.				
24	Me preocupo mucho y me estreso ante cualquier tipo de problemas.				
25	Acudo a consulta médica, los días en que fengo cita, para mi control.				
26	Cuento con el apoyo de mis familiares y amigos para cumplir con en el tratamiento.				
27	Evito fumar cigarros				
28	Evito tomar bebidas Alcohólicas				
29	Tomo los medicamentos que me han recetado en horarios y dosis correctas.				
30	Cuando se me termina la medicina que tomo, NO tardo más de un día en reiniciar nuevamente el tratamiento				
31	Cumplo sin ningún problema con el tratamiento				
32	Me trazo metas u objetivos, como la de mantener mi azúcar en cifras normales.				
33	Me han hospitalizado por compliaciones de mi diabetes				
34	Me intereso por conocer si mi presión sanguínea está en cifras normales.				
35	Nunca interrumpo el tratamiento de diabetes, aunque este enfermo de otra cosa.				
36	Utilizo los elementos o situaciones que me sirven de "recordatorios" para la toma de mis medicamentos.				



Instrumento de Evacuación Pre y Post Taller Conociéndonos “Mi grupo, mi apoyo” en Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 de la clínica Médica Familiar del ISSSTE, Casa Blanca, Centro Tabasco.”

Folio _____

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Escolaridad _____ Estado Civil _____ Ocupación _____
Teléfono _____ Tiempo de Diagnostico de Diabetes Mellitus _____
Talla _____ Peso _____ Fecha _____.

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de evaluar los conocimientos que usted tiene, relacionados con el cuidado de su salud.

Instrucciones. Anote una X en la columna que más se acerque a su forma de vida.

	Pregunta	SI	NO	NO SE
1	El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una cause de la diabetes.			
2	La cause común de la diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo.			
3	La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina.			
4	Los riñones producen la insulina.			
5	En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube.			
6	Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos.			
7	Se puede curar la diabetes.			
8	Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto.			
9	La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina.			
10	El ejercicio regular aumentará la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes.			
11	Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y Tipo 2 (no-dependiente de insulina).			
12	Una reacción de insulina es causada por mucha comida.			
13	La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio pare controlar mi diabetes.			
14	La diabetes frecuentemente cause mala circulación			
15	Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabéticos.			
16	Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies.			
17	Una persona con diabetes debería limpiar una cortadura primero yodo y alcohol.			
18	La manera en que preparo mi comida es igual de importante que las comidas que como.			
19	La diabetes puede dañar mis riñones.			
20	La diabetes puede causar que no sienta en mis manos, dedos y pies.			
21	El temblar y sudar son señales de azúcar alta en la sangre			
22	El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en la sangre.			
23	Los calcetines y las medias elásticas apretadas no son malos para los diabéticos.			
24	Una dicta diabética consiste principalmente de comidas especiales.			



Instrumento de Evacuación Pre y Post “Taller ¿Qué se de la Diabetes Mellitus? en Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 de la clínica Médica Familiar del ISSSTE, Casa Blanca, Centro Tabasco.”

Folio _____
Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Escolaridad _____ Estado Civil _____ Ocupación _____
Teléfono _____ Tiempo de Diagnostico de Diabetes Mellitus _____
Talla _____ Peso _____ Fecha _____.

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de evaluar los conocimientos que usted tiene, relacionados con el cuidado de su salud.

- 1.- ¿Qué es la diabetes mellitus?
- 2.- ¿Qué tipos de diabetes existen?
- 3.- ¿Qué es la diabetes tipo 2?
- 4.- ¿La diabetes mellitus es curable?
- 5.- ¿Qué complicaciones se pueden presentar en los pacientes con diabetes tipo 2?



Instrumento de Evacuación Pre y Post taller “Cuanto valoro mi salud” en Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 de la clínica Médica Familiar del ISSSTE, Casa Blanca, Centro Tabasco.”

Folio _____
Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Escolaridad _____ Estado Civil _____ Ocupación _____
Teléfono _____ Tiempo de Diagnostico de Diabetes Mellitus _____
Talla _____ Peso _____ Fecha _____.

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de evaluar los conocimientos que usted tiene, relacionados con el cuidado de su salud.

- 1.- ¿Qué es la hipoglucemia?
- 2.- ¿Qué es la hiperglucemia?
- 3.- ¿Cuáles son los datos de Alarma para acudir a urgencias?
- 4.- ¿Mencione algunos medicamentos para el tratamiento de la hipoglucemia?
- 5.- ¿Mencione algunos medicamentos para el tratamiento de la hipoglucemia?



Instrumento de Evacuación Pre y Post taller “¿Qué estoy dispuesto para tener un estilo de vida saludable en la alimentación?” en Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 de la clínica Médica Familiar del ISSSTE, Casa Blanca, Centro Tabasco.”

Folio _____
Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Escolaridad _____ Estado Civil _____ Ocupación _____
Teléfono _____ Tiempo de Diagnostico de Diabetes Mellitus _____
Talla _____ Peso _____ Fecha _____.

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de evaluar los conocimientos que usted tiene, relacionados con el cuidado de su salud.

	Pregunta	NUNCA (0)	RARAS VECES (1)	ALGUNAS VECES (2)	SIEMPRE (3)
	Alimentación				
1	Llevo un plan de alimentación saludable, equilibrada y con fibra				
2	Consumo verduras, leguminosas, frutas, en cantidades recomendadas.				
3	Ingiero leche con bajo contenido en grasas. (Descremada o light)				
4	Se la importancia de Ingerir, alimentos en un día más de tres veces				
5	Vigilo que mi alimentación contenga poca grasa animal.				
6	Mi alimentación es con carnes y quesos con bajo contenido de grasas saturadas (aves sin piel, pescado, queso cottage y tipo panela).				
7	Consumo poca cantidad de sal a mis alimentos.				
8	En lugar de agregar a mis alimentos azúcar la substituyo por (Canderel, Splenda o algún otro substituto comercial).				