



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONTROL DE LA DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ORIENTACIÓN EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

Presenta:

Lic en Enf. **ANA LETICIA RIVERA SOTO**

DIRECTORA:

Mtra. ELSA CORREA MUÑOZ FES ZARAGOZA

COTUTOR:

Dr. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ FES ZARAGOZA

Ciudad de México, Septiembre de 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **07 de junio del 2016**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **ANA LETICIA RIVERA SOTO** con número de cuenta **305220158**, con la tesis titulada: **“FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES.”**

bajo la dirección de la Maestra Elsa Correa Muñoz

Presidente : Doctor Víctor Manuel Mendoza Núñez
Vocal : Maestra Elsa Correa Muñoz
Secretario : Doctor Juan Pineda Olvera
Suplente : Doctora Virginia Reyes Audiffred
Suplente : Maestro Juan Gabriel Rivas Espinosa

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cdad. Universitaria Cd. Mx. a 28 de julio del 2016.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

DEDICATORIAS:

A Dios por darme todo: la esperanza, la gracia y el amor que necesité a lo largo de este reto.

A mi familia por apoyarme y animarme a lo largo de estos 2 años. Son vitales en mi vida.

A mi madre Leticia, que con su amor y su paciencia ha dedicado sus mejores años a estar para mí.

A mi hermano José, por ser la energía y la risa en este tiempo, sabes que te quiero.

A mi tía Julia, por sus oraciones y su apoyo a lo largo de mi vida.

AGRADECIMIENTOS:

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por la beca otorgada para realizar los estudios de Maestría en Enfermería de la UNAM. Número de becario/CVU: 592320

A mi directora de tesis, la Maestra Elsa Correa Muñoz, por la dirección acertada para la elaboración del presente trabajo, aunado a su excepcional cuerpo de conocimientos y su gran ser, una mujer admirable.

Al Doctor Víctor Manuel Mendoza Núñez por las aportaciones en clase, y la asesoría brindada para la elaboración de esta tesis. Un hombre visionario.

A la Doctora Raquel Retana Ugalde por sus aportaciones en los resultados de esta tesis, una sonrisa inolvidable.

A la Doctora Juanita Rosado Pérez por sus aportaciones a esta tesis, una mujer brillante.

A mis profesores que con sus conocimientos me hicieron una mejor persona.

A la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM, por la ayuda para la elaboración de esta tesis.

A los adultos mayores de la Delegación Tlalpan por su tiempo y experiencias compartidas.

RESUMEN

Introducción: La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) actualmente está considerada como la pandemia del siglo, mucho se ha estudiado sobre los factores de riesgo de esta enfermedad. Al respecto algunos estudios reportan que existen factores psicosociales que se encuentran relacionados con el control de la enfermedad.

En este sentido, es importante, evaluarlos e identificarlos, ya que pueden incidir en el control y en la adherencia terapéutica de esta patología o ser la causa de mayor grado de deterioro y muertes prematuras en los adultos mayores.

Objetivo: Determinar los principales factores psicosociales asociados al control de la diabetes mellitus en una población de adultos mayores.

Método: Se realizó un estudio analítico y comparativo, en una población de adultos mayores de la delegación Tlalpan de la Ciudad de México. A los cuales se les aplicaron las siguientes escalas: depresión, autoestima, calidad de vida y redes de apoyo social. Para establecer el control diabético se cuantificó hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) estableciendo como punto de corte ≤ 7.5 . Los resultados fueron analizados a través de estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes, valores promedio, desviación estándar y como pruebas de comparación X^2 con una $p < 0.05$. Para el cálculo de riesgos se utilizó razón de momios con un intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Se evaluaron 210 adultos mayores de los cuales se seleccionaron 75 de acuerdo a su grado de control, se conformaron en dos grupos en función del porcentaje de HbA_{1c}. De los 75 adultos mayores estudiados, 58 (77%) pertenecen al sexo femenino y 17 (23%) masculino. El promedio de edad fue 67 ± 7.9 años, y la escolaridad 5 ± 4 años, cuentan con una pareja 42 (56%). Del total de la población 37 (49%) estaban descontrolados y 38 (51%) controlados. En cuanto a los factores psicosociales estudiados con respecto a la autoestima, se encontró que tanto descontrolados 26 (50%) y controlados 26 (50%) tienen una autoestima de promedio a baja. En relación a depresión tanto los diabéticos descontrolados 13 (59%) así como controlados 9 (41%) presentaron probable depresión. Al evaluar la calidad de vida se encontró que 22 (54%) de los adultos mayores descontrolados y 19 (46%) de los controlados perciben su calidad de vida media a baja. Con respecto a las Redes de Apoyo Social (RAS) se observó que los ancianos descontrolados 29 (56%) como los controlados 23 (44%) cuentan con bajo apoyo en sus redes de apoyo social. En relación a los tipos de apoyo de las RAS se observó en el apoyo social extra familiar que descontrolados 58% y controlados 42% cuentan con bajo apoyo, dato que fue estadísticamente significativo $p=0.01$ (RM= 3.8 IC_{95%} 1.-11.2). Así mismo en cuanto al apoyo institucional se constató, que descontrolados 56% y controlados 44%, cuentan con bajo apoyo, resultando también con significancia estadística $p=0.02$. (RM= 3.8 IC_{95%} 1.1-13.2). Al evaluar la magnitud de apoyos recibidos los descontrolados 55% y controlados 45% ambos grupos resultaron con bajo apoyo, dato que también es estadísticamente significativo $p= 0.05$. (RM= 3.0 IC_{95%} 0.9-9.5) En relación al grado de satisfacción con las redes de apoyo los diabéticos descontrolados se encuentran más satisfechos 60% comparándolos con los controlados 40% resultado que fue estadísticamente significativo $p= 0.007$ (RM= 4.2 IC_{95%} 1.4-12.35).

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que las redes de apoyo social son factores determinantes del control diabético en adultos mayores, sin embargo no se observó una relación entre el estado afectivo, autoestima y calidad de vida con el control diabético, debido probablemente a que los adultos mayores no reconocen el significado de dicho control y se asumen en ambos grupos como diabéticos.

Palabras clave: Diabetes mellitus, control glucémico, Adulto mayor, factores psicosociales asociados al control glicémico.

ABSTRACT

Introduction: Type 2 Diabetes Mellitus (DM2) nowadays is considered the pandemic of the century; much has been studied about risk factors in such illness. Regarding the former, many studies confirm that there are psychosocial factors related to the control of such illness. Therefore, it is important to evaluate and identify them because they may contribute to therapeutic control and adherence of this pathology or provoke a greater damage or premature death in senior adults.

Objective: Determine the main psychosocial factors associated to diabetes mellitus control in senior adult population.

Method: An analytic and comparative study was performed in senior adults in the neighborhood Tlalpan, in Mexico City. The following scales were applied to them, depression, self-esteem, quality of life and social support networks. In order to establish diabetic control glycated hemoglobin (HbA_{1c}) establishing as cut off point ≤ 7.5 . The results were analyzed through descriptive statistics, frequencies, percentages, average values, standard deviation and as comparative tests χ^2 with one $p < 0.05$. For risk calculation, odds ratio was used with a 95% confidence interval.

Results: 210 senior adults were evaluated, from which 75 were selected according to their degree of control; they formed two groups according to their HbA_{1c} percentage. From those 75 senior adults studied, 58 (77%) were women and 17 (23%) were men. The average age was 67 ± 7.9 years old, and 5 ± 4 years in school, 42 had a couple (56%). From the total population 37 (49%) were not controlled and 38 (51%) were controlled. Regarding psychosocial studies in relation to self-esteem, it was found that both, not controlled 26 (50%) and controlled 26 (50%) have, in most cases, low self-esteem. In relation to depression, both not controlled diabetics 13 (59%) as well as controlled 9 (41%) presented possible depression. By evaluating quality of life it was found that, 22 (54%) of not controlled senior adults and 19 (46%) of controlled ones perceive very low quality of life. Regarding Social Support Networks (SSN), it was observed that not controlled senior adults 29 (56%), as well as controlled ones 23 (44%) have low social support networks. In relation to SSN support types it was observed in social support, other than family, 58% not controlled and 42% controlled have little support, fact which was statistically significant $p=0.01$ (RM= 3.8 IC_{95%} 1.-11.2). Besides, regarding intuitional support it was confirmed that not controlled 56% and controlled 44%, have low support, resulting also in statistically significant $p=0.02$. (RM= 3.8 IC_{95%} 1.1-13.2). By evaluating the magnitude of supports received, not controlled 55% and controlled 45%, both groups with low support, fact that is also statistically significant $p= 0.05$. (RM= 3.0 IC_{95%} 0.9-9.5). In relation to satisfaction degree with support networks, not controlled diabetics are more satisfied 60%, compared with controlled 40%, which were statistically significant $p= 0.007$. (RM= 4.2 IC_{95%} 1.4-12.35)

Conclusions: Our findings suggest that social support networks are determining factors in senior adult's diabetic control. However, there was no relation between affective conditions, self-esteem and quality of life was observed; probably due to the fact that senior adults do not recognize the meaning of such control and therefore it is assumed in both diabetic groups.

Key words: Diabetes mellitus, glycaemic control, senior adult, psychosocial factors associated to glycaemic control.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Justificación	3
3. Marco teórico	4
3.1 Diabetes Mellitus Tipo 2	4
3.1.2 Causas	4
3.1.3 Síntomas	5
3.1.4 Diagnóstico, detección y control	5
3.1.5 Hemoglobina glicosilada como estándar de oro para el control de Diabetes Mellitus tipo 2	6
3.1.6 Tratamiento	7
3.1.5.1 Dieta	7
3.1.5.2 Ejercicio	7
3.1.5.3 Tratamiento Farmacológico	8
3.1.5.4 Adherencia Terapéutica	8
3.1.6 Diabetes Mellitus y su asociación con el envejecimiento	10
3.2 Factores psicosociales asociados al control de la Diabetes Mellitus tipo 2	13
3.2.1 Autoestima y su asociación con el control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos mayores	13
3.2.2 Depresión y su asociación con el control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos mayores	17
3.2.3 Redes de apoyo social y su asociación con el control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos mayores	19
3.2.4 Calidad de vida y su asociación con el control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos mayores	23
3.3 Factores psicosociales en el Adulto mayor, abordaje del profesional de enfermería	27
4. Planteamiento del problema	34
5. Hipótesis	35
6. Objetivo General	36
7. Material y métodos	37
7.1 Tipo de estudio	37
7.2 Población de estudio	37
7.3 Criterios de inclusión	37
7.4 Criterios de exclusión	37
7.5 Variables	38
8. Técnicas	41
8.1 Análisis estadístico	43
8.2 Aspectos éticos y legales	44
9. Resultados	45
10. Discusión	52
11. Conclusión	57
12. Perspectivas	58
13. Limitaciones del estudio	59
14. Referencias bibliográficas	60
15. Anexos	68

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, México, al igual que la mayoría de los países en desarrollo, ha experimentado cambios demográficos y epidemiológicos en el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, siendo la Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) una de las más frecuentes en los adultos mayores (AM). Los individuos mayores de 65 años pertenecen al grupo de edad con mayor tasa de crecimiento en estos países.

Se ha calculado que el gasto de los servicios de salud dirigidos a la población de ancianos diabéticos de Estados Unidos es de 5 billones de dólares anuales, cerca de 80% se destina a gastos de hospitalización. El gasto per cápita es 50% mayor en pacientes ancianos con diabetes mellitus (DM).

La meta principal de los profesionales en el área de la Gerontología la constituye el ayudar a los adultos mayores a mantener el máximo de funcionalidad física, mental y social, con base en intervenciones no sólo en los aspectos biológico y terapéutico, sino en el abordaje de los diversos factores psicosociales que influyen de manera positiva en la salud y en el control de enfermedades como la DM, por ejemplo en los aspectos de autoestima, calidad de vida, las redes sociales y los apoyos con los que cuenta y la no depresión son elementos clave para mantener el apego terapéutico de la diabetes en este grupo poblacional. Así mismo la práctica de estilos de vida saludables disminuye el riesgo de complicaciones y muertes prematuras.

De ahí la importancia de la presente investigación en la cual se estudiaron 210 AM de centros gerontológicos de las comunidades de Tlalpan con la finalidad de identificar los factores psicosociales que se asocian al control de la DM2, a los cuales se les aplicaron diferentes instrumentos para detectar probable depresión, evaluar autoestima, conocer la percepción de la calidad de vida e identificar las redes de apoyo social formal e informal. Los resultados obtenidos nos permitirán

implementar estrategias de intervención multidisciplinaria enfocadas a fortalecer los factores relacionados al buen control de esta patología, donde el profesional de enfermería es la piedra angular, y su participación es fundamental para detectar de manera oportuna no sólo los factores de riesgo, sino identificar y potenciar los factores que favorecen el cuidado y buen control de la DM en la población anciana.

Para el profesional de enfermería es relevante evaluar la autoestima, la calidad de vida, los estados de depresión y las redes de apoyo social formales e informales con las que cuentan los AM que padecen DM, ya que son factores psicosociales que se vinculan y pueden influir para el buen control o el descontrol de la enfermedad.

Pocos profesionistas del área de la salud y de enfermería conocen el impacto y los beneficios que aportan a los viejos que padecen DM mantener estos factores psicosociales en fases positivas, ya que se correlacionan con la adherencia terapéutica, el cuidado integral, el manejo adecuado, el control y la prevención de las complicaciones derivadas de esta enfermedad.

Estudios reportados en varios países demuestran la eficacia de detectar de manera periódica y permanente cuáles son los factores psicosociales que se asocian al control de la DM en los viejos. Está demostrado que el profesional de enfermería que está al cuidado y trabaja con los ancianos en el nivel comunitario, en los centros de salud y en el hospital, es la persona idónea para llevar a cabo estos estudios y realizar un seguimiento que le permita monitorizar la eficacia de sus intervenciones, para empoderar a los AM a través de programas educativos que ayuden a fortalecer los aspectos psicosociales positivos, además de proporcionar orientación sobre los cuidados que deben poner en práctica con la finalidad de mantener un buen control de la enfermedad, lo cual coadyuvará a evitar hospitalizaciones con estancias prolongadas y reingresos hospitalarios, de ahí la importancia de la presente investigación.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Diabetes mellitus

La DM2 es considerada actualmente como la pandemia del siglo, además de ser un grave problema y un desafío para la salud pública, es una enfermedad que genera altos costos por sus múltiples complicaciones y una de las causas de muerte a temprana edad en los AM. Está comprobado que el envejecimiento *per se* es un factor de riesgo para la presencia de esta patología. La DM se caracteriza porque el paciente presenta niveles elevados de glicemia debido a alteraciones en la captación o producción de la insulina.¹

En la DM2, la mayoría de los pacientes conservan cierta capacidad de insulina endógena, sin embargo, la concentración es baja en relación con las concentraciones de glucosa y a la magnitud de la resistencia a la insulina. Los pacientes con DM no dependen de insulina para su supervivencia inmediata, pero en algún momento requerirán de insulino terapia para lograr un control glucémico óptimo.²

3.1.2 Causas

La DM se clasifica como tipo 1 o 2. Cada una de ellas tiene una causa diferente. La DM2 es la principal forma de diabetes en las personas mayores y su incremento se relaciona con el factor de edad, así como con el consumo de carbohidratos que desencadena la obesidad, estos son dos de los principales factores de riesgo para adquirirla. En el tipo 2, el organismo no responde de manera adecuada a la insulina producida, fenómeno que se denomina resistencia a la insulina. Adicionalmente, el organismo puede no producir suficiente insulina.³ La diabetes tipo 1 es más frecuente en los niños y en personas muy jóvenes, en ésta el organismo no produce insulina debido a la insuficiencia de secreción en el páncreas.³

Cuando el azúcar de los alimentos se absorbe y pasa al torrente circulatorio, normalmente el páncreas responde produciendo insulina. La insulina desarrolla un papel fundamental para el transporte del azúcar de la sangre al interior de las células, donde finalmente es convertido en energía. Si el organismo no puede producir o responder adecuadamente a la insulina el azúcar no entra en las células, se acumula en la sangre y aquéllas buscan otra fuente de energía.⁴

3.1.3 Síntomas

Las personas con DM pueden no presentar síntomas durante meses o años antes de que se les diagnostique la enfermedad. Los primeros síntomas de la DM son la elevación de glucosa en la sangre, cuando este nivel se excede puede aparecer en la orina a la vez que expulsa una gran cantidad de agua, esto es la poliuria. La pérdida de agua debida a la diuresis excesiva produce también una sed anormal, la polidipsia; además el organismo no logra utilizar el azúcar como fuente de energía y la persona con DM puede experimentar apetito excesivo y comer con frecuencia, polifagia. Otros síntomas son visión borrosa, vértigos, escasa resistencia al esfuerzo y sensación de mareo al cambiar de posición (hipotensión ortostática), un signo de deshidratación.³

3.1.4 Diagnóstico, detección y control

El diagnóstico de la DM es sencillo cuando están presentes los síntomas clásicos de poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicada. En estos casos, una medición aleatoria de la glucemia de 200 mg/dl (o mayor) es suficiente para confirmar el diagnóstico. Aunque la glucosuria es muy sugestiva de DM, los resultados del análisis de orina nunca deberían utilizarse de forma exclusiva para diagnosticar DM, porque una alteración del umbral renal para la excreción de la glucosa puede producir hallazgos similares.⁴

3.1.4.1 Hemoglobina glicosilada como estándar de oro para el control de Diabetes mellitus tipo 2

En DM, la hiperglucemia persistente y prolongada perjudica todos los órganos y sistemas. Existe una estrecha relación entre los altos niveles de glucosa en la sangre y la aparición de complicaciones por la diabetes. Las permanentes fluctuaciones altas de glucosa originan una serie de complicaciones orgánicas, lo que ocasiona daño a los tejidos, la pérdida de la función y fallo multiorgánico.⁵

La dosificación de hemoglobina glicosilada (A1C), es un examen de laboratorio que muestra el nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos tres meses, es fundamental para la evaluación del nivel de control de la DM y se recomienda para todos los pacientes con diabetes. Es importante señalar que aún no existe evidencia para justificar este examen con fines de diagnóstico, se utiliza para monitorizar el control de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.⁶

La cantidad de glucosa unida a la hemoglobina es directamente proporcional a la concentración de glucosa media en sangre; las células rojas de la sangre tienen una vida media de aproximadamente 120 días, por lo tanto, el medir la cantidad de glucosa unida a la hemoglobina puede proporcionar una evaluación del control glucémico en un período de 60-90 días.⁷

Al interpretar los resultados de la medición de A1C, se debe tener en cuenta que los más recientes con niveles promedio de glucosa en la sangre son la mayor influencia sobre el valor de A1C en sangre de los pacientes.⁸

3.1.5 Tratamiento

El objetivo del tratamiento es mantener los niveles de azúcar en la sangre dentro de los valores normales, prevenir o controlar los síntomas y reducir el riesgo de desarrollar complicaciones. El tema central del tratamiento de la diabetes no se

limita al control de los niveles de azúcar en la sangre. Es igualmente importante el manejo de los factores de riesgo asociados, tales como hipertensión e hipercolesterolemia, el tratamiento comprende la modificación de los estilos de vida inadecuados y la práctica de estilos de vida saludables: actividad física, alimentación adecuada, buena higiene corporal y ambiental, buena higiene del sueño, autoestima alta, consumo de los fármacos prescritos y frecuente control de los niveles de azúcar en sangre.³

3.1.5.1 Dieta

La dieta se refiere al conjunto de alimentos, platillos y bebidas que cada persona consume de manera habitual, no obstante, existen dietas especiales para enfermedades específicas como la DM2 cuyo objetivo es mantener controlados los niveles de glicemia en sangre. Los AM deben disminuir el consumo de grasas totales, principalmente las grasas saturadas, ya que el tratamiento dietético también mejora los perfiles de lipoproteínas y reduce la tensión arterial sistémica.⁴

3.1.5.2 Ejercicio

La práctica de ejercicio con regularidad es un complemento fundamental a menudo olvidado en el tratamiento de la DM. Los estudios a largo plazo demuestran efectos benéficos cuando la práctica de ejercicio es moderada y en forma periódica, asimismo tiene un buen efecto sobre el metabolismo de hidratos de carbono y la sensibilidad a la insulina que puede mantenerse durante varios años.⁵

3.1.5.3 Tratamiento farmacológico

Es necesario iniciarlo si la dieta y el ejercicio no disminuyen adecuadamente los niveles de azúcar en sangre, o cuando las condiciones de vida de la persona, su estado físico y/o sus motivaciones hacen impracticables la dieta y el ejercicio.

Los hipoglucemiantes orales por lo general son fármacos administrados en primera instancia. Se cuenta con numerosos tipos de hipoglucemiantes orales, incluidas las biguanidas, las sulfonilureas, los derivados del meglutimide, las tiazolidonas y los inhibidores de la glucosidasa y la insulina.³

3.1.5.4 Adherencia terapéutica

Además de atender las indicaciones médicas, se requiere una serie de cambios en los hábitos, en el estilo de vida, en los pensamientos, las actitudes y en las habilidades de la persona con diabetes o con hipertensión arterial para desarrollar de mejor manera el tratamiento, lograr adherencia terapéutica y mejor calidad de vida.⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento.¹⁰

La adherencia terapéutica es el término más adecuado, dentro de los propuestos hasta el momento, por el sentido psicológico que entraña y se define como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.⁹

Factores relacionados con la falta de adherencia terapéutica

Los factores que afectan la adherencia terapéutica se pueden dividir en tres grupos: los relacionados con el paciente, los propios de la enfermedad y los generados por el equipo de salud.¹¹

Factores relacionados con el paciente

- Poco o ningún conocimiento acerca de la enfermedad y de su tratamiento.
- Ideas equivocadas relacionadas con la enfermedad o su tratamiento.
- Actitudes negativas o molestia del paciente o de sus familiares hacia el tratamiento.
- Falta de habilidades, destrezas o práctica para involucrarse en su tratamiento.
- Falta de apoyo familiar.
- Tener una respuesta negativa para modificar estilos de vida inadecuados.
- Problemas emocionales o de personalidad como: tristeza, desesperación, apatía, evasión de la realidad, etcétera.¹¹

Factores relacionados con la enfermedad

- Estados emocionales (enojo, depresión, baja autoestima, angustia, etcétera) inducidos por la diabetes o la hipertensión.
- Malestares físicos por los efectos secundarios de los medicamentos.
- El paciente percibe el tratamiento como muy demandante y complicado, y lo abandona.⁹

Factores relacionados con el equipo de salud

- Excesiva carga de trabajo para médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etcétera.
- Falta de programas educativos sobre la enfermedad y su control.
- Falta de programas sobre terapia psicológica que brinden apoyo y soporte a estos pacientes.

- Falta de recursos como medicamentos, análisis de laboratorio, etcétera.
- Actitudes negativas del personal que atiende al paciente.⁹

3.1.6 Diabetes Mellitus y su asociación con el envejecimiento

El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo de tipo biológico, psicológico y social; es consecuencia de cambios genéticamente programados, la historia y estilos de vida, el ambiente y las condiciones sociales a las que estuvo expuesta la persona. En general, se caracteriza por una disminución en la eficiencia del funcionamiento de los órganos y sistemas del individuo y un incremento del riesgo para adquirir enfermedades agudas y crónicas.¹²

La población adulta mayor que en décadas anteriores era una minoría, se ha convertido en un creciente grupo con gran impacto en la sociedad. El envejecimiento y sus múltiples implicaciones es un tema que preocupa a diversas instancias y niveles.¹³

El envejecimiento es ya una realidad en numerosos países por lo que es fundamental plantear de manera anticipada, sobre todo en las naciones en desarrollo, políticas de salud encaminadas a la prevención y al control de las enfermedades crónicas no transmisibles, prioritariamente en la DM que se considera como una de las entidades de mayor morbilidad causante de muertes prematuras, y promover estrategias de acción que permitan un desarrollo integral de las personas. Para ello es esencial destinar y generar recursos dirigidos a esta población que aumenta día con día. Por lo tanto, la tarea en este sector no es elevar la longevidad sino procurar la funcionalidad, el bienestar y la calidad de vida. Conocer cuáles son los componentes y los factores que determinan un bienestar integral en este grupo etáreo promoviendo un envejecimiento activo, ya que según proyecciones de la ONU se estima que en el año 2025 habrá 2 mil

millones de mayores de 60 años (1 de cada 5) y para el año 2050, 1 de cada 3 será mayor de 60 años.^{14,15}

Envejecimiento biológico

El envejecimiento biológico es un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.¹⁶

Envejecimiento psicológico

Psicológicamente, el envejecer tiene distintos significados. En la antigüedad Platón conceptualizaba la vejez como sinónimo de pérdida y/o deterioro mientras que Aristóteles la concebía como una etapa de oportunidad, de sabiduría y conocimiento. De estas dos visiones, la de mayor impacto y que es determinante en nuestra cultura es la que considera la vejez de manera negativa. No es de extrañar que la mayoría de los seres humanos otorga mayor valor a la belleza que a la salud, que la rapidez debida a una adecuada funcionalidad está en la base de los valores de nuestra época y no se toma en cuenta que, debido al envejecimiento, múltiples condiciones físicas declinan a lo largo del ciclo de la vida.¹⁷

Es importante resaltar que existen prejuicios y estereotipos en torno a la vejez que repercuten de manera negativa en los viejos. Un estereotipo es un cliché o modelo fijo que una determinada colectividad establece arbitrariamente y se utiliza para conceptualizar a un sujeto de conocimiento abstracto, como la vejez o la juventud. Estos estereotipos desencadenan actitudes negativas y discriminatorias que en ocasiones provocan desigualdades sanitarias y sociales.^{17, 18}

En nuestra sociedad se le otorga valor a lo juvenil y radiante, antes que a la experiencia y al conocimiento. Frente a esto, la idea de envejecer se concibe como una amenaza o la pérdida de seguridad, de ahí proviene un rechazo generalizado de diversa índole encuadrando al individuo en un estereotipo de minusvalía, como enfermo, feo e improductivo.^{19, 20}

En este sentido, está demostrado que existen estereotipos positivos o negativos sobre diversos ámbitos de la realidad y circunstancias de la vejez, bien sean personales, sociales, físicos, mentales, conductuales, afectivos, etcétera.^{21, 22}

Es decir, la vejez ha sido valorada de dos formas, una positiva y otra negativa. La primera hace referencia a la consideración de la persona mayor como sabia, cargada de experiencias, de alto estatus social, merecedor de un gran respeto y con clara posición de influencia sobre los demás. La segunda, destaca la vejez como un estado deficitario. En la actualidad son más comunes las interpretaciones negativas y peyorativas de la vejez; por el cambio acelerado de la juventud, el viejo es visto como una carga para la sociedad lo que incide en el deterioro de la persona mayor desde diversas perspectivas, como la cronológica, la biológica, la psicológica y la social.²²

El estereotipo **cronológico**, asentado en el criterio de normas de edad, equipara al envejecimiento con el número de años vividos, a pesar de que numerosas personas mayores están aceptablemente íntegras físicamente. El estereotipo **biológico**, o consideración médica sobre la vejez, ha incidido en la concepción del envejecimiento como involución y senilidad. El estereotipo **psicológico** ha acentuado el concepto de deterioro y declive de los recursos psicológicos sensoriales, de atención, de memoria, cognoscitivos, actitudinales o de habilidades de personalidad o de carácter potenciando el mito de la vejez como etapa de escasa o nula creatividad; propiciando aislamiento ansiedad, depresión, comportamientos rígidos e inflexibles y cambios de humor.²¹ El estereotipo **social** de la vejez ha incidido tradicionalmente en las connotaciones de inutilidad,

aislamiento, improductividad y desvinculación de la persona respecto de intereses sociales y relaciones comunitarias, manifestado en bajas redes de apoyo.

Lamentablemente, en los países desarrollados, la imagen de las personas mayores presenta muy escasos rasgos positivos y es casi exclusivamente definida por características tales como incapaz, enferma, lenta, depresiva, introvertida.²²

En México se explora la satisfacción vital, definida como la percepción del bienestar que tiene el individuo, y es también un reflejo de la salud global. En este sentido, los ancianos mencionan que hay insatisfacciones y preocupación por causas económicas, seguidas por las de salud y de la familia.²³

Con estos rasgos que se presentan sobre la vejez, es notorio el cúmulo de pérdidas y de estereotipos que inciden de forma nociva sobre este grupo etéreo, lo que conlleva a una baja autoestima por la propia desvalorización de la persona, al verse inmersa en un mundo donde siente no encajar por la minusvalía con la que se le cataloga, por ello el factor de la autopercepción o autoestima es vital.

3.2. Factores Psicosociales asociados al control de la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor.

De acuerdo con la literatura y con lo reportado en algunos estudios, está demostrado que los aspectos psicosociales como la autoestima, la calidad de vida, la no depresión y las redes de apoyo social formales e informales son factores que mantienen una relación fundamental con el buen control o con el control inadecuado de la diabetes. De ahí la relevancia de identificarlos y monitorizarlos de manera periódica para establecer estrategias que coadyuven a fortalecerlos

3.2.1 Autoestima y su asociación con el control de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores

El envejecimiento suele marcarse por aspectos de índole negativo como pérdidas, duelos inconclusos, estereotipos negativos, marginación y a veces hasta exilio. Como AM, el enfrentarse a situaciones que producen cambios no es sencillo, por el aspecto de adaptación. Los cambios en esta etapa resultan más difíciles de enfrentar por los medios con los que no se cuenta o no están disponibles como en la juventud.²⁰

En relación con la autoestima, su pérdida o disminución repercute en la función autónoma como resultado del significado que tiene para el individuo una pérdida real en algún periodo de su vida. Por ello, el concepto de autoestima menciona que es la confianza en nuestra capacidad de pensar y de enfrentarse a los desafíos básicos de la vida. Esta capacidad reafirma necesidades y carencias, así como la satisfacción por esfuerzos propios.²³

La autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Es una perspectiva multidimensional categorizada en: autoestima personal, que se refiere a la evaluación positiva o negativa de los atributos personales tanto privados como interpersonales; y autoestima colectiva, entendida como el grado en que una persona es consciente de cómo evalúa su pertenencia a grupos o categorías sociales y destaca la importancia de la identidad grupal.²⁴

De acuerdo con la teoría que formularon Tajfel y Turner, el vínculo con la autoestima personal y colectiva genera una percepción más amplia que denominaron autoconcepto. Para estos autores, la sociedad debería ser concebida como una colección heterogénea de categorías sociales que mantienen relaciones de poder y estatus entre sí. El punto de partida de esta teoría es el proceso de categorización¹⁵ que no sólo permitiría ordenar el ambiente social reduciendo la complejidad de estimulación del medio social, sino que además

daría un sentido al individuo al funcionar como un sistema de orientación que crea y define el lugar del individuo en la sociedad. Esto origina que las personas del grupo estén compartiendo la misma identidad social. La función adaptativa de la identidad social es producir conductas y actitudes de grupo. La identidad social es el mecanismo cognitivo que hace posible la conducta grupal. Una identidad positiva se relaciona con niveles de autoestima colectiva en relaciones dentro de grupos de personas. Es por ello que debido a este autoconcepto y función adaptativa se puede alterar la autoestima en un AM.^{25,26}

De manera que una persona con alta autoestima posee una visión positiva y realista de sí misma y de sus capacidades, se comunica con facilidad, sabe aceptar sus frustraciones por lo cual persigue metas, y sabe aceptar sus derrotas con responsabilidad. Esto es un autoconcepto positivo que genera pautas de cambio en un ser humano.²⁰

Lo opuesto es una autoestima baja que refleja la disminución de la resistencia frente a las adversidades de la vida, marcado por inseguridad, sentimientos de inferioridad, desconfianza, hostilidad y genera cambios negativos que pueden alterar la salud de una persona.¹⁹

La autoestima en el AM es una condición frágil y vulnerable, por lo cual fortalecerla es indispensable para el equilibrio y la estabilidad de la salud, así como para el proceso mismo de envejecimiento. En el AM el papel de la autoestima no es menos importante que en otras etapas de la vida, por contrario, ya que los valores y los parámetros culturales imperantes en la sociedad favorecen poco la autoestima de éstos haciéndola frágil y vulnerable, se tendrá que trabajar en este aspecto como elemento indispensable de su salud.²¹

El anciano enfrenta cambios importantes durante su envejecimiento, en este proceso el papel de la adaptación juega un rol primordial para la adquisición de nuevos roles que le permitirán tener apoyo y sentimientos de bienestar consigo mismo y que su calidad de vida sea aceptable.²²

Factores que influyen en la autoestima

Diversos factores pueden modificar la autoestima en un AM tales como la jubilación; las pérdidas personales, emocionales y económicas; marginación social; cambios en el estatus; estigmas; cambios en la imagen corporal; etcétera.¹⁹

En cuanto a la jubilación, es un derecho que poseen las personas después de cumplir un número determinado de años de servicio y se obtiene una recompensa por los servicios prestados. Este aspecto puede convertirse en una actitud negativa, dado que se pierde la valía que se tuvo en la vida, al ser proveedor o tener el tiempo ocupado en diversas acciones y el dejar de realizarlas sin una orientación adecuada producirá una baja autoestima, ya que el AM creerá que el no trabajar lo convierte en un ser inferior, lo cual potencializará un autoconcepto negativo que modificará conductas en su estilo de vida.²⁰

En países desarrollados el monto que se otorga en la jubilación es mayor que el de países en desarrollo, además de que el plan de vida es diferente. En México, país en desarrollo, la cobertura de los sistemas de salud suele ser insuficiente, el no tener un plan de vida produce que un AM siga trabajando a pesar de estar jubilado o por no alcanzar una jubilación.²¹

Por otro lado, dentro de las pérdidas emocionales, personales y económicas están la muerte del cónyuge, de hijos o de amigos. Esto genera cambios en el estilo de toda una vida, por ejemplo, el estar solo resulta en estados depresivos. Las pérdidas económicas marcan la regularidad de la vida del AM, la obtención de productos, alimentos, el pago de vivienda, ropa o calzado son aspectos que de igual forma tienden a generarle sentimientos de vulnerabilidad, ya que si no es capaz de costear sus propios gastos suele sentirse inútil.^{22,23}

La imagen corporal es otro de los parámetros que conforman el autoconcepto físico. El proceso de envejecer se manifiesta en cambios en el cuerpo, y éstos no pasan desapercibidos, por contrario, se les da una sustancial importancia debido a no poder realizar las actividades de la vida diaria, y sentirse limitados en ellas. En

ocasiones el dolor en espalda o piernas, la dependencia en la movilidad, etcétera, son cambios que logran disminuir la autoestima en los adultos mayores.²⁴

En relación con los cambios físicos producidos durante la vejez, el deterioro de las articulaciones, la lentitud en los reflejos, el déficit visual y auditivo, entre otros, son factores que también tienden a propiciar una autoestima baja.^{25,26}

En lo que se refiere a la dimensión psicológica de la vejez, es necesario considerar algunos aspectos de la personalidad del anciano, ya que juegan un importante papel mediador durante el proceso de adaptación a este ciclo. Esto implica un equilibrio entre los aspectos cognitivos y motivacionales, si no sucede, los efectos pueden ser la ansiedad, la depresión y la disminución o pérdida de la autoestima. Sucesos que se potencializan al padecer una enfermedad como la DM2 y que limitan o favorecen el descontrol de la enfermedad.^{27,28}

Con base en lo anterior, se puede aseverar que la autoestima alta se encuentra relacionada con una adecuada adherencia al tratamiento de la diabetes, además de que el fortalecimiento de la autoestima en AM diabéticos conlleva a mantener el autocuidado.²⁸

Ortiz M et al²⁹, en el año 2011 realizaron un estudio en Chile en el que participaron 50 AM, cuyo objetivo fue evaluar los niveles de adherencia terapéutica en pacientes diabéticos y su relación con factores psicológicos, encontrando que la autoestima alta es un factor fuertemente relacionado con el control de la enfermedad.

En otro estudio realizado por Silva Fuscaldi et al³⁰ en Brasil en el año 2010, analizaron las variables de autoestima y sociodemográficas, sus hallazgos sugieren que la autoestima es una variable que determina el estado de ánimo en pacientes con una enfermedad y puede predecir su control.

3. 2. 2 Depresión y su asociación con el control de la diabetes mellitus en adultos mayores

La actividad de la serotonina y su unión con los receptores disminuye en el envejecimiento. Irregularidades en este neurotransmisor han sido implicadas principalmente en la fisiopatología de la depresión. La depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. De esta manera, la depresión favorece el aumento del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales así como la inmunosupresión.²⁷

El cambio en las emociones se acompaña de complejas modificaciones neuroendocrinas donde la secuencia de eventos fisiopatológicos no ha sido bien establecida. Sin embargo, la hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina y la no supresión del cortisol se encuentran en el AM deprimido. Aunque controversial, la deficiencia de dehidroepiandrosterona se ha asociado a depresión en los varones y en la aparición de síntomas depresivos en las mujeres, mientras que la disminución de la testosterona ha sido también asociada a la distimia en el hombre.²⁸

Otras causas exploradas han involucrado la insuficiencia de neurotransmisores a alguna infección subclínica o a la reactivación de algún virus latente en el cerebro. Por ejemplo, los sujetos deprimidos presentan un mayor número de anticuerpos contra el virus del herpes simple tipo 1 y contra el citomegalovirus en comparación con sus controles.²⁷ La susceptibilidad genética de la depresión en el anciano ha sido explorada y es un tema de gran interés debido a que se busca algún marcador o genes asociados; entre éstos se ha encontrado una asociación con las variantes corta y larga del polimorfismo (5-HTTLPR) del gen promotor del transporte de la serotonina (SLC6A4) que ha sido propuesto como marcador farmacogenético de la eficacia de algunos antidepresivos. Otros autores han

informado que la presencia de este gen está relacionado con el estrés neuronal, depresión mayor e ideas suicidas. Se ha encontrado hasta en el 50% de los caucásicos y afroamericanos, esto sugiere que este gen no es un predictor de depresión *per se*, pero sí se relaciona con mayor presencia de síntomas depresivos y menor respuesta al estrés psicológico, fenómeno estudiado en estados de estrés mayor como, por ejemplo, después de una fractura de cadera.²⁸

Por otro lado, la demencia, la enfermedad vascular cerebral (con lesiones en el hemisferio izquierdo o en ganglios basales) y la enfermedad de Parkinson son patologías que afectan al sistema nervioso central y se asocian con el desarrollo de depresión en algún momento de la evolución de la enfermedad.²⁹

Algunos autores señalan que los problemas cognoscitivos, psicodinámicos o de comportamiento pueden originar depresión en los AM y pueden deberse a los cambios por el envejecimiento. El aprendizaje de un comportamiento de abandono y la asociación de la depresión con eventos adversos durante el curso de la vida pueden condicionar una cierta respuesta hacia los agentes de estrés continuo, donde el número de eventos negativos vividos se asocia con el desarrollo de la depresión. La teoría psicodinámica propone que las pérdidas son inevitables durante el envejecimiento (pérdida de objetos, pérdida de la imagen corporal, etcétera) y por ello, se desarrolla un síndrome parecido a la depresión, el síndrome de depleción.³⁰

Por otro lado, los AM pueden malinterpretar numerosos eventos que ocurren en el transcurso de la vida; esta distorsión cognoscitiva ocasiona una respuesta exagerada, además de la creación de expectativas no realistas y la generalización y la personalización de las situaciones adversas.²⁹

La espiritualidad y la religión parecen desempeñar también un papel importante para evitar la depresión en el AM. El Estudio ecológico multinacional (EURODEP)

encontró que la práctica religiosa se asocia con menos depresión en los ancianos europeos, pero los mecanismos de esta protección no son bien conocidos.³⁰

En un estudio realizado por Rivas Acuña et al, en México en el 2011, observaron los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con DM, sus resultados comprobaron que estos niveles en las personas con DM2 se presentaron de manera muy frecuente y en mayor número en la población femenina.³¹

3.2.3 Redes de apoyo social (RAS) y su asociación con el control de la diabetes mellitus en adultos mayores

Se define como red de apoyo social a los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo. De ahí que las RAS son una clave central de la experiencia individual, de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría que permite que el AM logre alcanzar bienestar.³²

Existe una amplia discusión sobre la forma de conceptualizar a las RAS y definir las operacionalmente. Se pueden definir a partir de aspectos individuales o comunitarios. En todas las RAS está presente la idea de los intercambios, que se perciben como interconexiones de las personas; que pueden ser de orden material, servicios, emocionales u otros de acuerdo con las necesidades de las personas. En general, ninguno funciona de manera aislada.³²

Las RAS se clasifican en Informales y Formales:

Las RAS informales se basan en las relaciones personales, familiares y comunitarias no estructuradas como programas de apoyo. La familia se considera una de las redes más comunes e importantes para las personas AM, se centra en el afecto, el cuidado y la atención; estimula la socialización al satisfacer las

necesidades básicas de comunicación e intimidad. Las redes de amistades y vecinos son un apoyo valioso para los ancianos en esta etapa de la vida, se construyen por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos que brindan las amistades son más públicos pero más personales, lo cual es esencial para el cuidado fuera del hogar.³³

La red formal está constituida por los profesionales que desarrollan roles concretos, basados en una organización formal y estructurada que considera objetivos específicos en ciertas áreas determinadas. Se puede integrar con organizaciones no gubernamentales (ONG), instituciones públicas y privadas que brindan servicios y organizaciones políticas y económicas que determinan los derechos básicos disponibles a las personas AM.³³

Los apoyos sociales son las transacciones interpersonales que implican afecto, ayuda y afirmación; constituyen un flujo de intercambio de recursos, acciones e información, y contemplan 4 aspectos:

1. Apoyos materiales: recursos monetarios (dinero en efectivo como aporte constante o no, remesas, regalos, otros) no monetarios (comida, ropa, pago de servicios).
2. Apoyos instrumentales: transporte, ayuda en labores del hogar, cuidado y acompañamiento.
3. Apoyos emocionales: cariño, confianza, empatía, sentimientos asociados con la familia y la preocupación por el otro. Pueden presentarse mediante visitas periódicas, transmisión física de afecto.
4. Apoyos informativos: intercambio de experiencias, transmisión de información (Significado) consejos.³⁴

Es importante señalar que las RAS, tanto formales como informales, son fundamentales e indispensables para la salud física, mental y el bienestar de los ancianos, pues está demostrado que a medida que se envejece, sobre todo si

existen enfermedades crónicas no transmisibles, son mayores sus necesidades y demandas.

Todas las personas desean convivir, compartir y sentirse acompañadas por su familia y amistades, hay estudios que reportan que la red de apoyo que más prefieren los AM es la familia, de ahí la importancia de la intervención del profesional de enfermería para fortalecer y potenciar esta red de apoyo ya que no sólo está relacionada con la buena salud, la adherencia terapéutica y el buen control de la DM, sino que también parece actuar como un mecanismo protector reduciendo la ansiedad y la tensión, además afirma los sentimientos de valor personal y autoestima en la tercera edad.

En estos espacios de apoyo social, la persona adulta tiene la posibilidad de desenvolverse bidireccionalmente recibiendo y dando compañía, consejo, ayuda, enseñanza, etcétera; así mismo, en las actividades económicamente productivas, ocupacionales o sociales es fundamental que el anciano no pierda los contactos sociales.³⁵

La participación continua en diversas actividades durante la vejez se asocia con el sentido de identidad, la salud física y mental y el mantener relaciones sociales y familiares lo cual respalda el autoconcepto y el bienestar en los ancianos. En los que no trabajan y no tienen familia, las actividades ocupacionales y sociales favorecen un espacio de expresión y autoafirmación personal; las actividades productivas también sustentan la autopercepción de utilidad, la competencia y los sentimientos de control, así como la participación en actividades ligadas al uso del tiempo libre influyen en el autoconcepto.³⁶

Paralelamente al proceso de envejecimiento se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones de vida de los que envejecen, al preocuparse por la disminución de ingresos y el deterioro de la identidad social. El apoyo social es entendido como todas aquellas formas de

ayuda (material, emocional y de información) que ofrece la sociedad y que los individuos requieren.³⁷

El apoyo social y familiar son oportunidades para la educación y el control de una enfermedad, ya que la independencia y la productividad mejoran la salud. Es por ello que atender este aspecto en la vejez es prioritario para lograr el apego terapéutico y, por consecuencia, el control de la enfermedad.³⁷

Acuña-Gurrola et al en el 2009 realizaron un estudio en México donde describen las funciones de las redes sociales en el AM y encontraron que el poseer diversas redes de apoyo mantiene su salud.³⁵

Rodríguez -Morán en el 2010 se propusieron determinar la importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia en pacientes no insulino dependientes. se encontró que el apoyo familiar que recibe el paciente se asocia con una glicemia menor de 140 mg/dl. Los autores recomiendan dirigir las intervenciones a grupos sociales para fortalecer la adherencia terapéutica.^{41 36}

3. 2. 4 Calidad de vida y su asociación con el control de la diabetes mellitus en adultos mayores

Las dificultades para definir Calidad de vida surgen de la complejidad del término, que involucra múltiples variables interrelacionadas entre sí y además son singulares como considerar necesidades básicas, economía, nivel sociocultural, déficit funcional, problemas de salud y otras (subjetivas) asociadas a la percepción que cada persona tiene de lo que significa vivir satisfactoriamente en cuanto a condiciones de vida como: satisfacción, felicidad, autoestima que son difíciles de medir.^{37,38}

Por su parte, la OMS define la calidad de vida como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.⁴³

Así mismo, es importante considerar la definición que proponen Andrews y Witney quienes establecen la calidad de vida no como el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo.³⁹

Se entiende, además, por calidad de vida la satisfacción de vivir con libertad y bienestar, es decir, con un funcionamiento físico, social y económico que nos permita lograr todos nuestros deseos o nos resigne encontrándonos satisfechos, en paz, queridos y consolados.⁴⁰

Por otro lado, la calidad de vida es un tema muy complejo ya que surge de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo, como la salud, entre otras, y cuestiones personales como la personalidad o la situación de salud. Y su percepción subjetiva, que es un constructo multidimensional con diversas vertientes entre las que es necesario considerar tanto la influencia de factores personales y sociales, objetivos y subjetivos. La evaluación de la calidad de vida es fundamental desde el punto de vista social, porque permite planificar, asignar recursos, priorizar políticas y evaluar resultados.⁴¹

Se destaca que la calidad de vida está determinada por factores que pueden llegar a condicionarla como sociodemográficos y físicos, así como por la esperanza de vida.

Calidad de vida y adulto mayor

La calidad de vida en la vejez se relaciona con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de la infraestructura de apoyo y de las redes sociales. Todo esto promoverá que las personas mayores participen como miembros de una comunidad, donde puedan expresarse y surjan desafíos que los conduzcan al crecimiento, y aprendan a envejecer. Esto implica el apoyo social, el familiar y el de índole afectiva.⁴²

A medida que aumenta la edad, la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir el día de acuerdo con las normas y las preferencias propias, y la independencia, es decir, la capacidad de desempeñar las actividades relacionadas con la vida diaria.⁴³

La dependencia es un factor importante para el AM ya que puede afectar su calidad de vida, porque genera en él la necesidad de apoyo por parte de un tercero, que en muchos casos no está disponible.⁴²

La tendencia en favor de una vejez activa procura que el anciano conserve su independencia, su libertad de acción y su iniciativa, de manera que sea capaz de elegir el mayor número de opciones en su vida, sin desconocer la realidad de que la gente de mayor edad es menos capaz de ejercer su independencia, es menos eficiente en su trabajo y es más vulnerable a las enfermedades.

La motivación es una de las condicionantes para mantener la calidad de vida de los AM, siendo las relaciones sociales un estímulo, pues estudios han demostrado que estas personas tienen mayores posibilidades de aumentar su esperanza de vida.⁴⁰

Se ha comprobado que la calidad de vida está estrechamente relacionada con la participación social. En este caso, la participación de los AM les genera satisfacción al poder ejercitar sus capacidades y lograr su desarrollo integral gerontológico.⁴³

Las diferencias entre países, grupos, edades, raza y contexto cultural en el que se encuentren determina indudablemente la calidad de vida. En países desarrollados la calidad percibida por las personas de la tercera edad es mayor de la que perciben los AM de los países en vías de desarrollo debido a factores sociales y culturales, así como del entorno que les rodea. La economía y la salud son temas con gran peso en la valoración de la calidad de vida, la experiencia de la gente

mayor es un factor que puede modificarla porque aun cuando es posible medirla individualmente, la singularidad de cada persona la hace multidimensional.⁴⁴

Se señala que la calidad de vida está determinada por factores que pueden llegar a condicionarla, como los sociodemográficos y los físicos, así como por la esperanza de vida.^{45,46}

Calidad de vida y su asociación con el control de la diabetes mellitus en adultos mayores

La DM como enfermedad crónica se presenta con graves desenlaces, entre los que sobresalen: insuficiencia renal crónica, daño cardiovascular, ceguera resultante de la retinopatía diabética, neuropatía, invalidez y, en el peor de los casos, muerte prematura. No obstante, la DM ha sido atendida de manera predominantemente médica, sin considerar los factores psicosociales como la calidad de vida de los adultos mayores.⁴⁷

La calidad de vida representa un constructo multidimensional y dinámico, en un inicio evaluado desde situaciones objetivas como indicadores metabólicos y funcionalidad física, y que en la actualidad incluye la valoración subjetiva del nivel de bienestar de un individuo. Desde esta perspectiva, se puede definir como “la percepción personal que un individuo tiene de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y valores en que vive y se relaciona con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.⁴⁸ La calidad de vida asociada al sentimiento de bienestar, plenitud y felicidad o el vivir bien se ha convertido en una preocupación cada día mayor por parte de la población y de grupos de investigadores con una visión más integral de la salud.

Hidalgo-Rassmusen, y et al en el 2011 estudiaron en México aspectos generales de la calidad de vida y mencionan que los comportamientos saludables como el control del peso y el ejercicio se han asociado con una mayor calidad y satisfacción con la vida, mientras que el descontrol del peso en personas con

desórdenes alimentarios se ha asociado a una menor calidad de vida. En México son muy escasos los estudios relativos a las asociaciones sobre calidad de vida y percepción del peso, y se ha encontrado que los individuos que se perciben con sobrepeso y obesidad tienden a asociarse al control glicémico.⁴⁹

3.3. Factores psicosociales en el adulto mayor, abordaje del profesional de enfermería

Los factores psicosociales son aspectos relevantes que la enfermera debe tener en cuenta, ya que estos influyen de manera importante para lograr la adherencia terapéutica y el control adecuado de la DM en ancianos, por lo que debe identificarlos y evaluarlos con la finalidad de implementar programas de intervención que ayuden a promocionarlos y, en forma conjunta con la familia, fortalecerlos; debe promover cambios en el estilo de vida favoreciendo la práctica de aquellos saludables que impacten en una percepción alta de su calidad de vida, lo cual contribuya a lograr el apego terapéutico para el control de la DM, así mismo, es necesario que lleve cabo estrategias que fortalezcan los factores psicosociales, como una acción prioritaria en su práctica profesional con los AM, de ahí la importancia de monitorizar a través de evaluaciones periódicas, y con base en los resultados y las necesidades detectadas implementar programas de intervención de manera individualizada y grupal que beneficien y garanticen el control adecuado de la enfermedad.⁵⁰

Los programas de intervención permiten generar diversos espacios de capacitación que contribuyan al desarrollo de estrategias de afrontamiento para los cambios de esta etapa de la vida y se conviertan en factores de protección para el AM.⁵¹

Si bien es cierto que el cuidado que reciben los AM es proporcionado por los mismos familiares, es importante señalar que ésta es un área de oportunidad a desarrollar en la práctica de la enfermería y que no ha sido atendida ni se le ha

dado la importancia que merece, ya que el cuidar va más allá de la atención de la parte biológica del individuo, por lo que atender la parte psicológica o afectiva e implementar estrategias que favorezcan y/o incrementen el autoconcepto en el anciano puede resultar benéfico en el tratamiento y el control adecuado de la DM.

Para esto se deberá tener en cuenta que las intervenciones a desarrollar deben ser afectivas y con estándares de promoción y prevención educacional, colaborando interdisciplinariamente, con amplio conocimiento y contextualización de las personas; el desarrollo del programa debe basarse en indicadores que garanticen el cuidado y el cumplimiento del tratamiento y del control de esta patología, atendiendo los aspectos biológicos, psicológicos, económicos y sociales de este grupo de la población. De ahí la importancia de que en estos pacientes el abordaje debe ser de manera multi e interdisciplinaria.^{52,53,54}

En México son muy escasos los estudios referentes a los factores psicosociales que están relacionados y que actúan como factores protectores para el buen control de la enfermedad; la mayoría de los estudios se enfocan a los factores de riesgo de la DM. De ahí la relevancia de esta investigación, cuyos resultados servirán para dar a conocer la importancia de promocionar, implementar y fortalecer entre los profesionales de la salud y la familia la práctica de estos factores psicosociales, con el fin de evitar mayor grado de complicaciones, hospitalizaciones, discapacidades, gastos económicos, sufrimiento, mala calidad de vida y muertes prematuras por esta enfermedad considerada la pandemia del siglo.⁵⁵

Cuadro de revisión sistemática sobre estudios de investigación en diferentes países

AUTOR/ AÑO	PAÍS	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OBJETIVO	HALLAZGOS RELEVANTES
Park SH, Han KS, Kang CB. ⁵⁶ 2014	Corea	Se seleccionaron 461 artículos que tratan de la actividad física y su impacto en adultos mayores.	Demostrar evidencia de que los programas de actividad física mejorarán la calidad de vida y la autoestima de las personas mayores.	Se evidenció que los programas de actividad física en las personas mayores son de impacto y mejoran los síntomas de depresión, y se mostró la vinculación de calidad de vida y autoestima.
Borg C, Fagerström C, Balducci C, Burholt V, et al. ⁵⁷ 2008	EU	2195 adultos mayores de edad que presentaban disminución de actividades físicas en la vida diaria en Suecia, el Reino Unido, los Países Bajos, Luxemburgo, Austria e Italia.	Demostrar si actividades físicas, la autoestima y los recursos sociales están relacionados con la satisfacción con la vida entre las personas mayores de 65 años que presentaban actividades reducidas de la vida diaria.	En todos los adultos mayores, la salud general, la autoestima y el sentirse ocupado son variables importantes que se asociaron significativamente con la satisfacción de la vida.
Orueta-Sánchez R, Rodríguez A, et al. ⁵⁸ 2008.	España	161 pacientes con atención primaria	Conocer el grado subjetivo de deterioro de la calidad de vida en ancianos frágiles.	Se comprobó que el deterioro subjetivo de la calidad de vida tiene mayor impacto en ancianos frágiles.

Ortiz-Arriaga JB, Castro Salas M. ⁵⁹ 2009	Chile	30 artículos que tratan sobre bienestar y el bienestar psicológico en la vejez para un análisis general.	Demostrar la importancia del área de bienestar psicológico del adulto mayor y lo que interviene para ello.	Las intervenciones multidisciplinares son estrategias para forjar adultos mayores con alta autoestima, ganas de vivir, alto índice de responsabilidad en su autocuidado, grados de independencia elevados y participativos dentro de la sociedad.
Araiza E, Camacho N, et al. ⁶⁰ 2005	Colombia	157 historias clínicas y tarjetas familiares de pacientes diabéticos tipo II	Establecer los factores asociados al mal control metabólico en pacientes diabéticos tipo II	Los factores que se hallaron asociados al mal control de la diabetes mellitus II fueron tener más de 60 años, del sexo femenino, el nivel de escolaridad (secundaria) nivel socioeconómico medio y disfunción familiar.
Cardona- Arias JA, Álvarez- Mendieta MI, Pastrana- Restrepo S. ⁶¹ 2014	Colombia	220 sujetos de 4 hogares geriátricos de Medellín	Comparar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de adultos mayores de hogares geriátricos públicos y de	El resultado de la investigación sugirió que la comparación de la calidad de vida tiene componentes tales como la

			los privados de Medellín.	independencia, la economía, la seguridad social y las redes de apoyo social.
Cardona D, Estrada A, Byron Agudelo H. ⁶² 2006	Colombia	637 adultos mayores seleccionados sistemáticamente.	Caracterizar algunos componentes de la calidad de vida: económicos, familiares, sociodemográficos, de seguridad social y de condiciones de salud de la población adulta en la ciudad de Medellín.	Los componentes de independencia, seguridad socioeconómica y redes de apoyo social constituyen casi el 100% de la calidad de vida de un adulto mayor.
Vidal Gutiérrez D, Zavala-Gutiérrez M, Castro-Salas M, <i>et al.</i> ⁶³ 2008	Chile	408 adultos mayores pertenecientes a un programa de AM en consultorios de atención primaria.	Abordar la calidad de vida de adultos mayores y los factores asociados a ella.	Se encontró una asociación altamente significativa entre percepción de calidad de vida tanto para el ámbito físico como para el de relaciones sociales, y las variables de relaciones familiares. Se destaca la importancia de estimular la interacción social y el autocuidado para fortalecer la autonomía de los ancianos, así se contribuirá a elevar la calidad de vida y la salud.

Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. ⁶⁴ 2011	Chile	50 participantes con DM2	Evaluar los niveles de adherencia de pacientes diabéticos tipo 2 e identificar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y las variables de apoyo social, estrés, estilos de afrontamiento y depresión.	Las variables de apoyo social y de depresión no están asociadas significativamente a la adherencia del tratamiento, pero su vinculación con estrés se relaciona con los niveles de hemoglobina glicosilada.
Quintana A, Merino J, Merino P, Cea J. ⁶⁵ 2008	Chile	401 pacientes que se controlan en el Centro de salud de la ciudad de los Ángeles, Chile.	Identificar factores clave que permitan articular iniciativas en el manejo de enfermedades crónicas en atención primaria.	Mientras mayores beneficios atribuye el paciente al tratamiento que asegura el control y mientras menos barreras se perciben para asegurar la ejecución del tratamiento, se eleva la probabilidad de que el paciente esté compensado metabólicamente.
González.Celis AL, Padilla A. ⁶⁶ 2006	México	194 ancianos pertenecientes al INAPAM del DF.	Describir la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento de los adultos mayores.	La calidad de vida y la enfermedad van ligadas a las formas de afrontar esta etapa de envejecimiento.

Calderón-Reyes J, Zárate-Moreno M, Mazadiego-Infante TDJ, Coto-Sampayo ADJ, Torres-Vargas L, Solares-Mejía C. ⁶⁷ 2011	México	17 adultos mayores que presentaban baja autoestima y depresión, a quienes se les aplicaron diversas actividades.	Probar la efectividad de las técnicas de relajación, terapia ocupacional y dinámicas grupales para mejorar la autoestima en adultos mayores.	Los resultados lograron un incremento considerable en los niveles de la autoestima en general y de la calidad de vida en los sujetos de este estudio
Salazar EJJ, Colunga RC, Pando MM, Aranda BC, Torres LTM. ⁶⁸ 2007	México	50 personas con DM2 y 100 personas sin DM2 de centros de salud de Guadalajara.	Comparar la calidad de vida en adultos con y sin diabetes.	Es necesario promocionar estilos de vida saludables en la población general, sobre todo en lo referente a factores que afectan el estado emocional para generar y fortalecer indicadores positivos de salud mental, y con ello conductas encaminadas a mantener y aumentar la salud integral.
Hebrero MM. ⁶⁹ 2014	México	La muestra se extrajo de un universo nacional de 13 millones de mexicanos nacidos antes de 1951, en total se realizaron 15230 entrevistas.	Evaluar el estado de salud del cuestionario SF-36	En la evaluación de la salud física y mental, las mujeres presentan una salud mayormente desfavorable en comparación con la de los hombres.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es un problema de salud pública, a nivel mundial cuyo impacto económico se va a ver reflejado en la economía de cada país.

Padecer Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) conlleva una pérdida general de salud, asociada con múltiples fallas fisiológicas en el organismo del ser humano que limitan su funcionalidad física, producen incapacidades para el desempeño de sus actividades de la vida diaria, ocasionando dependencia ⁶

Debido al envejecimiento, el ser humano a lo largo de la vida experimenta diversos cambios físicos, psicológicos y culturales, en sus diferentes etapas de la vida. ⁸

El proceso de la enfermedad se va a dar de manera individualizada en cada paciente de acuerdo a su autocuidado, estilos de vida, a su cultura y economía, pero también se verá influenciado por factores psicosociales que serán determinantes en el control o descontrol de la diabetes mellitus como son: la percepción de la calidad de vida, autoestima, aspectos cognitivos y depresión y redes de apoyo social que determinan su adherencia terapéutica y el buen control de la enfermedad.³⁰

Existen evidencias de que hay una alta prevalencia de no adherencia terapéutica y un control inadecuado en los adultos mayores diagnosticados con DM2.

A nivel internacional y en México son pocos los estudios que determinen la influencia de estos factores psicosociales y de cómo intervienen en el control de la DM2, por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores psicosociales que se asocian al control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en una población de adultos mayores?

5. HIPÓTESIS

Considerando la literatura y los estudios reportados sobre los factores psicosociales que se asocian al control de la DM2, suponemos que los factores psicosociales asociados al control de la DM2 en la población de estudio serán: autoestima alta, calidad de vida alta, no tener depresión y contar con redes de apoyo social.

6. OBJETIVO

Determinar los principales factores psicosociales asociados al control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en una población de adultos mayores.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio analítico y comparativo.

7.2 Población de estudio

- Se evaluaron 210 adultos mayores de la delegación Tlalpan integrados en núcleos gerontológicos durante el periodo de Mayo – Agosto del 2014. De esta población se seleccionaron 75 sujetos de acuerdo a su grado de control en función de sus porcentajes de HbA_{1c}.

7.3 Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 años y más
- Sin distinción de sexo
- Con diagnóstico de DM2
- Controlados
- Descontrolados
- Firma de consentimiento informado

7.4 Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no deseen participar.

7.5 Criterios de eliminación

- Que no tengan exámenes de laboratorio completos
- Que no cuenten con cuestionarios completos

7.5 Variables

Independientes:

- Autoestima
- Depresión
- Redes de apoyo social
- Calidad de vida

Dependiente:

- Control de Diabetes mellitus

Intervinientes:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Escolaridad

Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
Control de la Diabetes mellitus	Control de la glucosa en sangre. ¹	Cualitativa nominal	Controlados % HbA _{1C} ≤ 7.5 Descontrolados % HbA _{1C} ≥ 8.0
Autoestima	La confianza en la capacidad de pensar y de enfrentarse a los desafíos básicos de la vida. ¹⁵ Evaluado a través de la escala de autoestima de Rosenberg.	Cualitativa ordinal	Autoestima elevada (30-40 puntos) Autoestima media (26-29 puntos) Autoestima baja (25 puntos y menos)
Depresión	Estado anímico determinado por factores bioquímicos y psicosociales. ³³ Evaluado a través de la escala de Depresión geriátrica de Yesavage.	Cualitativa nominal	Normal (≤ 10) Probable depresión (≥ 11)
Redes de apoyo social (RAS) para adultos mayores	Los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los que el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo Evaluado a través de la escala de Redes de apoyo social para adultos mayores	Cuantitativa discreta	Puntaje total de RAS * Puntaje total de RAS familiar* Puntaje total de RAS extra familiar * Puntaje total de RAS Institucional * Puntaje total de RAS Satisfacción de apoyos recibidos* *Se utilizo percentiles al 25 y 75 para obtener la media del puntaje total y agrupar la variable en Bajo apoyo y Alto apoyo

Calidad de vida	La percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro de un contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. ⁵⁵ Evaluado a través de la escala de Calidad de vida de la OMS.	Cualitativa ordinal	Calidad de vida alta (96-130) Calidad de vida promedio (61-95) Calidad de vida baja (26-60)
Sexo	Características fenotípicas de un ser humano.	Cualitativa nominal	Mujer Hombre
Edad	Edad cronológica que aparece en los instrumentos de medición.	Cuantitativa discreta	Años cumplidos.
Estado civil	Condición social en el momento de la entrevista	Cuantitativa nominal	Sin pareja Con pareja
Escolaridad	Nivel de instrucción formal	Cuantitativa discreta	Años de escolaridad

8. TÉCNICAS

Previa firma del consentimiento informado, se evaluaron 210 adultos mayores de la delegación Tlalpan, pertenecientes a diversos grupos gerontológicos. De los cuales se seleccionaron 75 sujetos y de acuerdo a su grado de control se conformaron dos grupos en función del porcentaje de HbA_{1c} un grupo de sujetos controlados, n=38 (con promedio de hemoglobina de 4.9 ± 2.5), y un grupo de descontrolados n=37 (con un promedio de hemoglobina de 7.6 ± 5.03). En cuanto al sexo 58 fueron mujeres (77%) y 17 hombres (23%).

A todos los participantes se les aplicaron a través de la observación e interrogatorio directo los siguientes instrumentos:

- Escala de autoestima (Inventario de autoestima de Rosenberg).
Cuestionario validado en población mexicana, de tipo estructurado, que a partir de preguntas sencillas permite detectar los niveles de autoestima en el AM. Está conformado por 10 preguntas en formato Likert con 4 opciones de respuesta, puede ser de autoaplicación. (Anexo 1)
- Calidad de vida de la OMS (Instrumento WHO-QoI breve en español).
Cuestionario validado internacional y nacionalmente que evalúa la percepción de calidad de vida tomando como indicadores la salud física, los aspectos psicológicos, las relaciones sociales y el medio ambiente. Está conformado por 2 apartados que en su conjunto suman 26 reactivos en formato tipo Likert, con 5 opciones de respuesta y puede ser de autoaplicación. (Anexo 2)
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage.
Cuestionario validado en población mexicana adulta mayor, que a partir de preguntas sencillas permite detectar la depresión de manera presuncional (diagnóstico probable). Es de tipo estructurado y se conforma por 30 preguntas dicotómicas (sí/no), puede ser de autoaplicación. (Anexo 3)

- Redes de apoyo

Cuestionario que, a partir de preguntas sencillas, permite detectar el tipo de red de apoyo y grado de satisfacción de las redes de apoyo social. De tipo semiestructurado, incluye 3 secciones. Con este instrumento se explora los tipos de apoyo (emocional, material, instrumental e informativo) y el nivel de satisfacción en los ámbitos familiar, extrafamiliar e institucional. (Anexo 4)

- La determinación de HbA_{1c} se realizó en el Laboratorio de la Unidad de Investigación en Gerontología en muestras de sangre anticoagulada con EDTA, se utilizó un equipo automatizado Selectra Jr, y la determinación fue por inmunoturbidimetría con la de la técnica de aglutinación en látex con anticuerpos monoclonales HbA_{1c}.

8.1 Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS V 20. Se empleó estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes, valores promedio, desviación estándar y como pruebas de comparación X^2 con una p 0.05, para el cálculo de riesgos se utilizó razón de momios con un intervalo de confianza al 95%.

8.2 Aspectos éticos y legales

Consentimiento informado

Se obtuvo por escrito, con la firma de los participantes y el responsable del estudio, observando con esto lo dispuesto en la Ley General de Salud y en los principios éticos para las investigaciones en seres humanos contemplados en la Declaración de Helsinki. (Anexo 5)

9. RESULTADOS

Se evaluaron 210 adultos mayores de los cuales se seleccionaron 75 sujetos de acuerdo a su grado de control se conformaron en dos grupos en función de el porcentaje de HbA_{1c}. Se formó un grupo de sujetos controlados, n=38 (con promedio de hemoglobina de 4.9 ± 2.5), y un grupo de descontrolados n=37 (con un promedio de hemoglobina de 7.6 ± 5.03).

Del total de la muestra, el sexo que prevaleció fue el femenino 58 (77%) con respecto al masculino 17 (23%), la edad promedio fue de 67 ± 7.9 , respecto a los años de escolaridad fueron de 5 ± 4 . En cuanto al estado civil, viven con una pareja 42 (56%) sin pareja 33 (44%). (Cuadro 1).

En este sentido ser mujer $p= 0.4$ (RM= 1.5. IC_{95%} 0.5-4.5) y estar con una pareja $p= 0.2$ (RM= 1.6 IC_{95%} 0.6-4.1) son factores sociodemográficos relacionados al no control de la DM2 en esta población de estudio (Cuadro 2).

En cuanto al análisis de las variables psicosociales estudiadas que se asocian al control de la enfermedad, con respecto a la autoestima se observó que tanto los diabéticos descontrolados 26 (50%) como los controlados 26 (50%) presentaron una autoestima media a baja $p= 0.5$. Al analizar depresión, se observó que 13(59%) de descontrolados presentaron probable depresión en contraste con los controlados presentando 9(41%) $p= 0.2$. Al evaluar la percepción de calidad de vida, nos reporta, nuevamente que en ambos grupos tanto controlados 19(46%) como descontrolados 22 (54%) perciben su calidad de vida de promedio a baja $p= 0.2$. En cuanto a las redes de apoyo social se comprobó que los diabéticos controlados 23 (44%) como los descontrolados 29 (56%) cuentan con bajo apoyo en sus redes de apoyo social $p= 0.07$ (Cuadro 3).

Al asociar estos factores de forma general se observó que el contar con bajo apoyo en redes de apoyo social se asocia como factor de riesgo para el no control de la DM2 $p=0.07$ (RM= 2.3 IC_{95%} 0.8- 6.5); así como el tener probable depresión $p=0.2$ (RM=1.6 IC_{95%} 0.58- 4.4) puede ser una tendencia al descontrol de la enfermedad.(Cuadro 4).

Al analizar la calidad de vida por grupo de estudio, se evaluaron cuatro áreas: área de salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente. Encontrándose que el área de relaciones sociales fue de promedio a baja para ambos grupos, sin embargo el porcentaje en descontrolados fue 21 (64%) diferencia que versa en el grupo de controlados 12 (36%) resultando estadísticamente significativo $p=0.02$ (RM= 2.8 IC_{95%} 1.10-7.3) por lo que el percibir dentro de la calidad de vida, el aspecto social de promedio a bajo es un factor de riesgo para el no control glicémico en los adultos mayores. (Cuadro 5 y 6).

En relación a las Redes de apoyo social se evaluaron los apoyos familiares, extra familiares e institucionales. En cuestión al apoyo social extra familiar, el contar con bajo apoyo en descontrolados fue 31(58%) en comparación con los controlados 22 (42%) lo que es significativamente estadístico $p=0.01$. El porcentaje de apoyo social institucional para los diabéticos descontrolados fue 33(56%) en relación con el 26 (44%) de los controlados, presentando significancia estadística $p=0.02$. En lo referente a la magnitud de los apoyos sociales recibidos los adultos mayores controlados 26(45%) presentan un bajo apoyo en comparación a adultos mayores descontrolados 32(55%), también es un resultado significativamente estadístico $p=0.05$. En cuestión al grado de satisfacción con los apoyos recibidos, los diabéticos controlados tienen baja satisfacción 21(40%) comparándolos con los descontrolados 31(60%) dato que resulta estadísticamente significativo $p=0.007$ (cuadro 7).

Por lo que tener baja satisfacción con los apoyos recibidos $p= 0.007$ (RM= 4.2 IC_{95%} 1.4-12.35), así como el contar con bajo apoyo social $p=0.02$. (RM= 3.8 IC_{95%} 1.1 – 13.2) también el tener bajo apoyo extra familiar $p=0.01$ (RM= 3.8 IC_{95%} 1.2-11.2) y considerar baja la magnitud de apoyos recibidos $p=0.05$ (RM= 3.0 IC_{95%} 0.9-9.5) son factores que se asocian al descontrol de la DM2 en esta población de estudio (Cuadro 8).

Cuadro 1. Características sociodemográficas en la población por grado de control

Variable	Diabetes Mellitus		Valor de p*
	Descontrolados n= 37(%)	Controlados n= 38 (%)	
Sexo			
Mujer	30 (52)	28 (48)	0.4
Hombre	7 (41)	10 (59)	
Con quién vive			
Con pareja	23 (55)	19 (45)	0.2
Sin pareja	14 (42)	19 (58)	

*Prueba X²

Cuadro 2. Factores sociodemográficos asociados al descontrol de la Diabetes Mellitus

Factores	RM	IC 95%	Valor de p*
Sexo(Mujer)	1.5	0.5-4.5	0.4
Con quien vive (con pareja)	1.6	0.6-4.1	0.2

*prueba X² RM= Razón de momios IC_{95%} = intervalo de confianza al 95%

Cuadro 3. Variables psicosociales asociados al control de la Diabetes Mellitus

Variable	Diabetes Mellitus		Valor de p*
	Descontrolados n= 37(%)	Controlados n= 38(%)	
Autoestima			0.5
Media a baja	26 (50)	26 (50)	
Alta	11 (48)	12 (52)	
Depresión			0.2
Con probable depresión	13 (59)	9 (41)	
Sin depresión	24 (45)	29 (55)	
Calidad de vida			0.2
Media a baja	22 (54)	19 (46)	
Alta	15 (44)	19 (56)	
Redes de apoyo social			0.07
Bajo apoyo	29 (56)	23 (44)	
Alto apoyo	8 (35)	15 (65)	

*Prueba X²

Cuadro 4. Factores psicosociales asociados al descontrol de la Diabetes Mellitus

Factores	RM	IC 95%	Valor de p*
Redes de apoyo social (Bajo apoyo)	2.3	0.8-6.5	0.07
Depresión (probable depresión)	1.6	0.58-4.4	0.2
Calidad de vida (media a baja)	1.4	0.58-3.6	0.2
Autoestima (media a baja)	1.1	0.53-2.10	0.5

*prueba X² RM= Razón de momios IC_{95%} = intervalo de confianza al 95%

Cuadro 5. Calidad de vida por grupo de estudio

Variable	Diabetes Mellitus		Valor de p*
	Descontrolados n= 37 (%)	Controlados n= 38 (%)	
Área salud física			0.4
Promedio a baja	18 (45)	22 (55)	
Alta	19 (45)	16 (46)	
Área aspectos psicológicos			0.5
Promedio a baja	18 (53)	16 (47)	
Alta	19 (46)	22 (54)	
Área relaciones sociales			0.02
Promedio a baja	21 (64)	12 (36)	
Alta	16 (38)	26 (62)	
Área medio ambiente			0.7
Promedio a baja	24 (48)	26 (52)	
Alta	13 (52)	12 (48)	

*Prueba X²

Cuadro 6. Relación de la calidad de vida con el descontrol de la Diabetes Mellitus

Factores	RM	IC 95%	Valor de p*
Área relaciones sociales (promedio a baja)	2.8	1.10-7.3	0.02
Área aspectos psicológicos (promedio a baja)	1.3	0.52-0.32	0.5
Área medio ambiente (promedio a baja)	0.85	0.32-2.2	0.7
Área salud física (promedio a baja)	0.68	0.27-1.7	0.4

*prueba X² RM= Razón de momios IC 95% = intervalo de confianza al 95%

Cuadro 7. Redes de apoyo social por grupo de estudio

Variable	Diabetes Mellitus		Valor de p*
	Descontrolados n= 37(%)	Controlados n= 38(%)	
Apoyo social familiar			
Bajo apoyo	29 (72)	11 (28)	0.4
Alto apoyo	8 (23)	27 (77)	
Apoyo social extra familiar			
Bajo apoyo	31 (58)	22 (42)	0.01
Alto apoyo	6 (27)	16 (73)	
Apoyo social institucional			
Bajo apoyo	33 (56)	26 (44)	0.02
Alto apoyo	4 (25)	12 (75)	
Magnitud de los contactos sociales			
Bajo apoyo	30 (50)	30 (50)	0.8
Alto apoyo	7 (47)	8 (53)	
Magnitud de apoyos sociales recibidos			
Bajo apoyo	32 (55)	26 (45)	0.05
Alto apoyo	5 (29)	12 (71)	
Grado de satisfacción			
Baja satisfacción	31 (60)	21 (40)	0.007
Alto satisfacción	6 (26)	17 (74)	

*Prueba X²

Cuadro 8. Relación de las redes de apoyo social con el descontrol de la Diabetes Mellitus

Factores	RM	IC 95%	Valor de p*
Grado de satisfacción (Baja satisfacción)	4.2	1.4-12.35	0.007
Apoyo social institucional (Bajo apoyo)	3.8	1.1-13.2	0.02
Apoyo social extra familiar (Bajo apoyo)	3.8	1.2-11.2	0.01
Magnitud de apoyos sociales recibidos (Bajo apoyo)	3.0	0.9-9.5	0.05
Apoyo social familiar (Bajo apoyo)	1.4	0.51-4.22	0.4
Magnitud de los contactos sociales (Bajo apoyo)	1.1	0.3-3.5	0.8

*prueba X² RM= Razón de momios IC_{95%} = intervalo de confianza al 95%

10. DISCUSIÓN

La epidemia de la Diabetes Mellitus (DM) es reconocida por la OMS como una amenaza mundial, se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de diabéticos y se estima que esta cifra aumente más del doble para el 2030.

La Diabetes es una enfermedad compleja con múltiples implicaciones que comprometen el control de los pacientes lo cual favorece el desarrollo del cumplimiento de complicaciones con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras y elevados costos en la atención y tasas de hospitalización.

México enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas para la contención de esta enfermedad, el descontrol metabólico y las consecuentes complicaciones se agravan cuando los servicios de salud no llevan a cabo de manera temprana y oportuna la detección de este problema de salud.⁷⁰

La DM es una patología que se presenta frecuentemente en los adultos mayores 1 de cada 5 la presenta y es consecuencias de múltiples factores de tipo biológico relacionados con los estilos de vida, actualmente existen evidencias de la influencia de factores psicosociales como la autoestima, calidad de vida, depresión, y redes de apoyo social que impactan en el control de esta enfermedad.^{71,72}

De ahí la relevancia del presente estudio, los resultados encontrados fueron los siguientes:

En cuanto a las características socio demográficas de la población de estudio, se observó un predominio del sexo femenino esto es acorde a lo que menciona la literatura, Cruz-Bello donde señala que existe una feminización en el envejecimiento, que las mujeres son más longevas, debido a que se adaptan mejor a la viudez y además hacen mayor uso de los servicios de salud, lo que favorece que tenga un mejor control y adherencia. Sin embargo en esta población de estudio, el ser mujer es considerado un factor de riesgo para el no control de la DM2, debido a que el ocuparse del hogar, estar al pendiente de los nietos, preparar la comida, cuidar de los hijos, evita la práctica de estilos saludables y su autocuidado, lo cual influye en el no control de la enfermedad.⁷³

Al evaluar la variable si cuenta o no con una pareja y si influye o no para el control de la DM2, encontramos en la población de estudio que el 42 (56%) cuenta con un pareja, sin embargo en el análisis estadístico resultó que el contar con una pareja es un factor de riesgo que se asocia al no control de la enfermedad. Lo cual discrepa con los estudios reportados por Bautista Rodríguez, Robles, De los Ríos y Salazar. Donde señalan en sus resultados que la pareja constituye una importante red de apoyo y soporte para sobrellevar y mantener un buen control de la enfermedad. En este sentido para el adulto mayor diabético contar con este apoyo representa una gran ayuda y un mecanismo de control pues el enfermo siempre recurre y es asistido por la persona más cercana así mismo, está demostrado que el apoyo que reciba o no, influirá en la adherencia y apego terapéutico. ^{74, 75, 76, 77}

Con respecto a la autoestima en la población de estudio, se encontró que tanto los controlados como descontrolados presentaron una autoestima de promedio a baja lo cual resultó también ser un factor de riesgo que se asocia al no control de la DM2, algunos estudios reportados demuestran que el tener una autoestima baja se asocia a la no adherencia terapéutica ya que se pierde el sentido a la vida y a la salud, disminuye la resistencia a las adversidades de la vida, el adulto mayor no se siente valorado, tiene la necesidad de aprobación o afecto por parte de los demás, muestra sentimientos de inferioridad, desconfianza, hostilidad, ideas de incompetencia y fealdad, que lo lleva a sentirse menos o actuar de manera inadecuada, por lo que se tendrá que trabajar en la recuperación de esta como un elemento en la salud del adulto mayor. ²²

Expertos resaltan que mantener la autoestima en niveles altos es fundamental para la adhesión y apego terapéutico en los adultos mayores. En base a lo anterior Silva Fuscaldi en su artículo menciona que evaluar esta característica en los pacientes con DM2 puede explicar el nivel o la forma de afrontamiento que tienen, es decir que tan preparado está el paciente para lidiar con el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad que es incurable y degenerativa. Otro estudio reportado por Leon Llanes menciona y reafirma el impacto positivo que tiene el mantener una autoestima alta en el control y apego terapéutico de la DM tipo 2. ^{78, 80, 81}

En relación a la variable depresión y su asociación al control de la DM, se encontró que el 9 (41%) de los controlados y 13 (59%) de los descontrolados presentaron probable depresión, lo cual resultó ser un factor de riesgo para el no control de esta patología. La literatura señala que la depresión es frecuente en esta etapa de la vida debido a las diversas pérdidas que presenta el adulto mayor, como la pérdida de un ser querido, una enfermedad aguda o crónica, abandono, maltrato. En un estado de depresión los adultos mayores presentan humor triste, molestias físicas, problemas digestivos o cardiovasculares, la habilidad emocional, tendencia al llanto, trastornos del sueño, trastornos del apetito, disminución en la capacidad del aprendizaje, trastornos en la atención y limitación en las actividades cotidianas del paciente, pérdida de interés y del sentido a la vida, pensamientos sobre la muerte, lo cual le impide poder ser responsable en el control de su enfermedad. ⁷²Un estudio reportado en México por Bello Flores en 2016 menciona que un factor protector asociado al buen control de la DM2 es no tener depresión. ⁸²

Otros estudios refieren que no tener depresión constituye un factor protector que influye y contribuye en el buen control de la enfermedad, por lo que es necesario evaluar periódicamente éste factor para establecer un diagnóstico y tratamiento en forma temprana y oportuna. ¹²

Es importante resaltar que la esfera social en los adultos mayores en muchos casos puede estar deteriorada por la renuencia a la socialización, muchos adultos evitan las relaciones sociales, lo que los lleva a renunciar y rechazar realizar actividades en grupo, esto impacta en el desánimo y ganas de vivir, restando importancia al autocuidado. Lo que se ve reflejado en su control glicémico y adherencia terapéutica. ⁸¹

La depresión es reconocida como una epidemia silenciosa en la vejez, la cual reduce la capacidad del individuo para tratar sus problemas de salud, contribuye al mal uso de medicamentos y al comportamiento autodestructivo. ⁷²

Se evaluó la calidad de vida en los adultos mayores controlados y descontrolados ambos presentaron una calidad de vida de promedio a baja, al respecto la OMS señala que la calidad de vida es un importante indicador de salud y es un factor que se debe, evaluar periódicamente, pues estudios reportados, demuestran que el tener una buena

percepción de su calidad de vida , influye de manera significativa en el buen control de la DM2 en los pacientes que la padecen, por lo que es importante ayudar a los adultos mayores a mantenerla en niveles altos.

Un estudio reportado en México por Hidalgo- Rassmusen en el 2011 menciona que el mantener una calidad de vida alta está asociada a comportamientos saludables y al control glicémico en los adultos mayores.⁴⁹

Tomando en cuenta que los componentes que participan dentro de la calidad de vida son subjetivos, existen áreas que deben de mantenerse y/o mejorarse como el área social, que va ligada a la autoestima y a la no depresión. La evaluación calidad de vida es fundamental pues permite determinar la percepción de la calidad de vida para establecer programas de intervención que permitan mejorarla, es fundamental desde el punto de vista social, porque permite planificar, asignar recursos, priorizar políticas y evaluar resultados. Además la calidad de vida está determinada por factores que pueden llegar a condicionarla como sociodemográficos y físicos.⁴¹

Otro estudio reportado por Cardona D, en el 2006 en Colombia, llevó a cabo un estudio sobre los componentes de la calidad de vida en los adultos mayores, y encontró que la independencia, seguridad socioeconómica y redes de apoyo social constituyen el 100% de la calidad de vida de un adulto mayor.⁶²

Un estudio realizado por Vidal Gutiérrez D, en el 2008 en Chile, reportó en su estudio que existe una asociación significativa en la percepción de la calidad de vida y las relaciones sociales, de las cuales las familiares destacan. Se destaca que interacción social estimula la autonomía y mejora la calidad de vida.⁶³

En cuanto a las redes de apoyo social y su asociación al control de la DM2 se encontró en la población de estudio que tanto los controlados, como descontrolados cuentan con bajo apoyo en sus redes de apoyo social, resultado que fue estadísticamente significativo con una $p= 0.01$ (RM= 2.3 IC_{95%} 0.8-6.5). Lo cual evidencia que los adultos mayores que tienen bajas redes de apoyo social tienen dos veces más probabilidad de estar descontrolados, pues las redes de apoyo social constituyen un elemento fundamental para la salud y bienestar durante la vejez, así mismo, las redes de apoyo social son contactos personales y comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo

mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo.

La OMS y la OPS mencionan que las redes de apoyo social son un factor de gran importancia que se debe propiciar y mantener en los adultos mayores, ya que constituyen verdaderos apoyos que favorecen la identidad en el adulto mayor, y son un motor que impulsa a los mismos a participar en actividades que promueven y fortalecen estilos de vida saludables y el control de la enfermedad.⁷⁴

Un estudio reportado por Herrera-Lian en Cartagena en el 2012 menciona que el apoyo social que reciben los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, las prácticas de higiene personal y del entorno, el conocimiento y la adherencia a la dieta y al tratamiento, permiten a los pacientes mantener un buen control de esta enfermedad.⁸³

Arrendondo en Cuba en el 2012 menciona que los apoyos sociales tienen un efecto modificador o amortiguador contra los eventos de la vida, como lo son las enfermedades crónicas no transmisibles. Entre las estrategias que el enfermo lleva a cabo para enfrentar y vivir con las enfermedades, el individuo busca apoyo no sólo de los profesionales del área de la salud, sino también en forma importante y permanente de los miembros más cercanos de su red social, como lo es la familia, los amigos, vecinos y la comunidad en el entorno en que habita. De ahí la importancia de que los profesionales en salud identifiquen, promuevan el uso y potencien las redes de apoyo social con la finalidad de lograr un buen control de la enfermedad y la adherencia terapéutica.⁸⁴

11. CONCLUSIONES

Hipótesis

Considerando la literatura y los estudios reportados sobre los factores psicosociales que se asocian al control de la DM2, suponemos que los factores psicosociales asociados al control de la DM2 en la población de estudio serán: autoestima alta, calidad de vida alta, no tener depresión y contar con redes de apoyo social.

Conclusiones

Nuestros hallazgos sugieren que las redes de apoyo social son factores determinantes del control diabético en adultos mayores, sin embargo no se observó una relación entre el estado afectivo, autoestima y calidad de vida con el control diabético, debido probablemente a que los adultos mayores no reconocen el significado de dicho control y se asumen en ambos grupos como diabéticos.

12. PERSPECTIVAS

- Es importante continuar con esta línea de investigación *creando e implementando un programa de seguimiento en enfermería para demostrar que la adherencia terapéutica en AM con DM es de índole psicosocial y el impacto que genera los cuidados inter y multidisciplinarios*. Asumiendo la importancia de cuidar y mantener altos los niveles de las redes de apoyo social, y sus componentes, para ello se propone la creación de programas de incorporación y seguimiento para los adultos mayores, con el propósito de identificar, promover y fortalecer las redes de apoyo social, por lo que la enfermería tiene que ser una piedra angular para este tipo de cuidado, debido al gran incremento de AM que habrá en los siguientes años, propiciando un cuidado de calidad.

13. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- La muestra no es representativa en cantidad y calidad.
- Fue una muestra a conveniencia
- Es un estudio de tipo transversal.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tabloski PA. Sistema Endocrino. Enfermería Gerontológica. España: Pearson; 2010. p. 622.
2. Inzucchi SE, Sherwin RS. Diabetes Mellitus Tipo 2. En: Goldman L, Andrew I, Schaffer MD Tratado de Medicina Interna.. España: Elsevier; 2013. p. 1494-503
3. Manual Merck. De información médica: edad y salud. Lengua española. 2º España: Océano; 2004. p. 401-14
4. Fried L. Epidemiología del envejecimiento: trascendencia del envejecimiento de la sociedad. En: Goldman L, Andrew I, Schaffer MD. Tratado de Medicina Interna. 2º. España: Elsevier; 2013. p. 100-112
5. Sumita NM, Andriolo A. Importância da hemoglobina glicada no controle do diabetes mellitus e na avaliação de risco das complicações crônicas. J Bras Patol Med Lab. [serie en Internet]. 2008 [consultado 5 de junio 2015]; 44(3):[aprox.6 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442008000300003>.
6. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Position statement. Diabetes Care 2004;27(1):S4-10
7. Goldstein DE. Tests of glycemia in diabetes. Diabetes Care 2004;27:761-73
8. Tahara Y, Shima K. The responses of GHb to stepwise plasma glucose change over time in diabetic patients. Diabetes Care 1993;16(13):13-4
9. Salinas CE, Nava GMG. Adherencia terapéutica. rev inv. 2012; 11(2):102-4
10. Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Genove. World Health Organization. Med Clin .2001;116 (Supl 2):141-46
11. Martín AL. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2004 [citado 2015 Junio 5];30(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es.

12. Mendoza-Núñez VM. Envejecimiento y vejez. En: Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA, editores. Envejecimiento activo y saludable. México: FES Zaragoza UNAM; 2013. p. 23-36
13. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Washington: OMS; 2014
14. Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Santiago de Chile; 8-10 de septiembre 1999. Chile: ONU; 2000. p. 23-45
15. Consejo Nacional de Población. El envejecimiento de la población en México, Reto del siglo XXI. México: CONAPO; 2013. p. 11-9
16. Unidad de Inv. en Gerontología. Binet y Bourlière, 1982.
17. Fernández BR. Psicología de la vejez. España: Pirámide; 2008. p. 8-15
18. Triado C, Villar F. Psicología de la vejez. España: Alianza; 2006. p. 67-97
19. Köther I, Gnamm E. Manual de geriatría. El cuidado de las personas mayores. Madrid: Editex; 2003. p. 8-34
20. Carbajo-Vélez MC. Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. Revista de la Facultad de Educación de Albacete. 2009;24:87-96. [Consultado: 13 de abril 2014] Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>
21. Gutiérrez-Robledo LM. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. Falta lugar y editorial 2004.
22. Arronte-Rosales A, Sandoval-Hernández C. Autoestima en la vejez. En: Mendoza-Núñez VM, Sánchez-Rodríguez MA, Correa-Muñoz E, editores. Estrategias para controlar enfermedades crónico degenerativas a nivel comunitario. México: Ediciones Torres; 2008. p.129-43
23. García AJ, Marín M, Bohórquez MR. Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. Revista de Psicología del Deporte [en línea] 2012. [Consulta: 19 de mayo 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235124455026>

24. Arronte-Rosales A. Autoestima. En: Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA, editores. Envejecimiento activo y saludable. México: FES Zaragoza UNAM; 2013. p. 411-23
25. Rojas ML. La autoestima. España: Espasa; 2007. p. 140-247
26. Bravo C, Caro M. Efectos psicosociales de la jubilación por vejez en las variables de la autoestima y apoyo social en el adulto mayor afiliado al Instituto de normalización profesional de la región metropolitana. *Psykhé* 2002;11(2):89-108
27. Santa Bárbara SE. Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. *Anales de Psicología* 1999;15(2):251-9
28. Rondón-Bernard JE. Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la Diabetes Mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 2011;14(2):126-62
29. Ortiz PM, Ortiz PE. Adherencia al tratamiento en diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Rev Méd Chile* [serie en Internet]. 2005 [Consultado: 9 de octubre 2015]; 133(3):[aprox. 7 p]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000300006>.
30. Silva FF, Sartore AC, Alves GSA. Locus de controle em saúde e autoestima em portadores de diabetes mellitus tipo 2. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2011 [Consultado: 9 de octubre 2015]; 45; [aprox. 7 pp.]. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=361033311009>
31. Rivas-Acuña V, García-Barjau H, Cruz-León A, Morales-Ramón F, Enríquez-Martínez RM, Román-Alvarez J. Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco* 2011 [Consultado: 9 de octubre 2015];17: [aprox. 6 pp.]. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=48721182005>
32. Vera-Noriega JA, Sotelo-Quiñones TL, Domínguez-Guedea MT. Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 2005 [Consultado: 5 de junio 2015];[aprox. 22 pp.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80270205>
33. Acuña-Gurrola MR, González-Celis-Rangel AL. Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 2010

[Consultado: 5 de junio 2015];[aprox. 11 pp.]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221720007>

34. Cardona AD, Estrada RA, Agudelo GHB. Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta de Medellín. *Invest Educ Enferm* 2003;21(2):80-91
35. Acuña-Gurrola MR, Hernández-Pozo MR. Reflexiones sobre la investigación actual de redes de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 2009 [Consultado: 9 de octubre 2015];[aprox. 11 pp.]. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=282221718007>
36. Trento M, Tomelini M. The locus of control in patients with type 1 and type 2 diabetes management by individual and group care. *Diabetic medicine* 2007;25:86-91
37. Montenegro-Ors A, Laguna-Pérez A. Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida. *Cultura de los cuidados* 1997;2:60-3
38. Fernández-Ballesteros R. Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de psicología* 1997;73:89-104
39. Bazo MT. Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Papers* 1998:143-61
40. Suárez R, Pescetto C. Sistemas de protección social para el adulto mayor en América latina y el Caribe. *Rev Panam Pública* 2005;17(5):419-27
41. Elousa P. Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. *Rev Esp Gerontol* 2010;5(2):67-71
42. Ruiz-Dulcey E. Calidad de vida y derecho al reconocimiento en la vejez. *Oñati Socio-legal Series* 2011;1(8):3-13
43. Mendoza-Núñez VM. Calidad de vida para los adultos mayores en la comunidad. *Arch Geriat* 2002;5(4):109-15.
44. Mouriño-Feria TM, Benítez-Ortiz CR. Investigaciones por adultos mayores. Un impacto en su calidad de vida. *CIUUMM*. 2011;663-76
45. Montanet-Avenidaño A, Bravo-Cruz CM, Hernández-Elías H. La calidad de vida en los adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas* 2009;13(1):1-9

46. Makai P, Brouwer BF, Koopmanschap A, Stolk EA. Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: A systematic review. *Soc Sci Med* 2014;102:83-93
47. Borling G, Edberg AK, Hallberg R. The experience of quality of life among older people. *J Aging Stud* 2005;19:201-20
48. Zeller MJ, Lamb K. Mindfulness meditation to improve care quality and quality of life in long-term care settings. *Geriatr Nurs* 2011;32(2):114-8
49. Shiovitz-Ezra S, Leitsch S, Graber J, Karraker A. Quality of life and psychological health indicators in the national social life, health, and aging project. *J Gerontol Soc Sci* 2009;64B(S1):30-7
50. Silva de Olivera SE, Hohendorff JV, De Lima-Müller J, Bandeira DR, Koller SH, et al. Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. *Cau Saude Publica* 2013;29(7):1437-48
51. Salas-Iglesias PM. La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. *Falta nombre de la revista* 2006;19:73-7
52. Herrera-Melguizo E, Acosta-López A, Castellano-Pérez B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. *Rev Salud Uninorte* 2012;28(2):1-9
53. Sposito G, D'Elboux MJ, Liberalesso Neri A, Guariento ME. A satisfação com a vida e funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Ciencia & Saude-colectiva* 2013;18(12):3475-82
54. Orueta-Sánchez R, Rodríguez de Cossío A, Carmona de la Morena J, Moreno Álvarez-Vijande A, García-López A, Pintor-Córdoba C. Anciano frágil y calidad de vida. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 2008;24:[Consultado: 29 de octubre 2014];[aprox. 5 pp.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169614507003>
55. Fadda G, Cortés A. Hábitat y adulto mayor: el caso de Valparaíso. *Revista INVI* 2009;24:[Consultado: 29 de octubre 2014];[aprox. 24 pp.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=25811593003>

56. Park SH. Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life and self-esteem in older people. *Appl Nurs Res* 2014;10(02):1-23
57. Borg RN. Life satisfaction in 6 european countries: the relationship to health, self-esteem, and social and financial resources among people (aged 65-89) with reduced functional capacity. *Geriatr Nurs* 2008;29:48-57
58. Orueta-Sánchez R, Rodríguez de Cossío Á, Carmona de la Morena J, Moreno Álvarez-Vijande A, García-López A, Pintor Córdoba C. Anciano frágil y Calidad de vida. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 2008; [Consultado: 29 de octubre 2014];[aprox.16 pp.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169614507003>
59. Ortiz-Arriaga JB. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. *Cienc enferm* 2009;15:25-31
60. Araiza E, Camacho N, et al. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. *Rev Salud Uninorte* 2005;21:1-10
61. Cardona-Arias JA, Álvarez-Mendieta MI, Pastrana-Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia 2012. *Rev Cienc Salud* 2014;12(2):139-55
62. Cardona D, Estrada A, Byron-Agudelo H. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor en Medellín. *Rev Biomédica* 2006;26:206-15
63. Vidal-Gutiérrez D, Zavala-Gutiérrez M, Castro-Salas M. Calidad de vida en el adulto mayor: estado físico y relaciones sociales. *Cuad Med Soc* 2008;48(1):5-12
64. Baeza-Rivera MJ, Myers HF, Ortiz MS. Propiedades psicométricas de la Escala de estrés para diabéticos en una muestra de pacientes diabéticos Tipo II chilenos. *Terapia Psicológica* 2013;31[Consultado: 18 de mayo 2015];[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78528770002>
65. Quintana A, Merino J, Merino P, Cea J. Variables psicosociales asociadas a compensación metabólica de pacientes diabéticos de tipo 2. *Rev Med Chile* 2008; 136:1007-14
66. González-Celis AL, Padilla A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Univ Psychol* 2006;5(3):501-9

67. Calderón-Reyes J, Zárate Moreno M, Mazadiego Infante TDJ, Coto-Sampayo ÁDJ, Torres-Vargas L, Solares-Mejía C. Incremento de la autoestima en los adultos mayores de un hogar de jubilados. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 2011;16[Consultado:18 de mayo 2015];[aprox. 7 pp.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963016>
68. Salazar EJG, Colunga RC, Pando MM, Aranda BC, Torres LTM. Diabetes y calidad de vida. Estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en centro de salud en Guadalajara. *Investigación en salud* 2007; 2(9):88-93
69. Hebrero MM. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud de la población adulta mayor mexicana. En: Montes de Oca V. *Vejez salud y sociedad en México*. México: UNAM; 2014. p. 57-80
70. Prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus. Norma oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. *Diario Oficial de la Nación*, 24 de Marzo del 2009.
71. Helgeson VS. Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received. *Journal of Applied Social Psychology*, 1993. 23, 825-845.
72. Mendoza Núñez VM, Sánchez Rodríguez MA. Diabetes Mellitus. En: Mendoza Núñez VM, Martínez Maldonado ML, Vargas Guadarrama LA, editores. *Envejecimiento activo y saludable*. México: Fes Zaragoza, UNAM; 2013. P 201-208
73. Cruz-Bello P et al. Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el estado de México. *Papeles de población* 2014; 80: 119-114.
74. Organización panamericana de la salud. *Los hombres y las mujeres enfrentan diferentes riesgos de enfermedades crónicas*. Uruguay: OPS; 2011.
75. Duran-Varela L et al. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México* 2001; 43(3): 233-36.
76. Bautista Rodríguez LM, Zambrano Plata GE. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2015;17(1):131-148.
77. RoblesR, CortázarJ, SánchezJ, PáezF, NicoliniH. Evaluación de la calidad de vida en diabetes mellitus tipo 2: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*. 2003;15(2):247-52.
78. De los Ríos J, Barrios P, Ávila T. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. *Medica Hospital General de México*. 2005;68(3):142-54.

79. Di Loreto C, Fanelli C, Lucidi P. Make your diabetic patients walk: long-term impact of different amounts of physical activity on type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28:1295-302.
80. Silva PI, Melo RS, Castanheira NL. Red y apoyo social en enfermería familiar: revisión de conceptos *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 marzo-abril; 16(2) Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae consultado el 25/ 06/09
81. Ledón Llanes Loraine. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev Cubana Endocrinol* [Internet]. 2012 Abr [citado 2016 Mayo 20] ; 23(1): 76-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es.
82. Bello Flores C. Factores asociados al control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en una población de Adultos Mayores. UNAM; 2016 (citada 7 Agosto 2016).121 p. Disponible en http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/IHRN85FU62HQALGK3N1LGRADHDXGB7XNFTQ5LGQGLJS7VRQTJ6-31999?func=full-set-set&set_number=001809&set_entry=000001&format=999.
83. Herrera Lian A et al. Personas con diabetes mellitus y su capacidad de autocuidado, Cartagena. *Av enferm*. 2012; 30(2): 39-46.
84. Márquez Cardoso E, Arredondo Montes de Oca A, Moreno Aguilera F, Bazán Castro M, Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2006;1143-48. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312479004>. Fecha de consulta: 31 de mayo de 2016.

15. ANEXOS



ANEXO 1

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
*ZARAGOZA ***

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL*2**

Folio: _____

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Sexo: _____ **Fecha de aplicación:** _____

Nivel más alto de estudios (marque con una x)	Ninguno en absoluto	Primaria	Secundaria	Media Superior	Superior
No. de años de escolaridad (anote el número)					

Estado civil (marque con una x)	Soltero	Separado	Casado	Divorciado	Con pareja	Viudo
------------------------------------	---------	----------	--------	------------	------------	-------

Instrucciones: En este cuestionario se le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, considerando los aspectos de salud física, psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente en las **últimas dos semanas**. Si usted no entiende alguna pregunta, aclárela antes de responder, sólo podrá emitir una respuesta para cada una. Marque con una X la opción seleccionada.

Ahora puede comenzar:

1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	Muy pobre 1	Pobre 2	Ni Pobre Ni Buena 3	Buena 4	Muy buena 5
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

3	¿Qué tanto siente que el dolor físico, le impide realizar lo que usted necesita hacer?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5

15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
		5	4	3	2	1

Observaciones: _____

*Fuente: González-Celis RAL. Tesis de Doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM, 2001.



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de enunciados relacionados con sus sentimientos personales hacia sí mismo(a). Marque con una "X" la opción que corresponda [**muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo**], dependiendo de la forma en que se sienta en el momento de contestar.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).				
2. A veces creo que no soy suficientemente bueno(a).				
3. Creo que tengo muchas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las demás personas.				
5. Creo que no tengo mucho por qué sentirme orgulloso(a).				
6. Sólo algunas veces me siento útil.				
7. Creo que soy una persona de valía.				
8. Me gustaría sentir un poco de más respeto por mí mismo(a).				
9. Me siento inclinado(a) a sentir que soy un fracasado(a).				
10. Generalmente tomo una actitud positiva hacia mí mismo(a).				

Fuente: Rosenberg et al. Am Sociol Rev. 1995; 60, 141-156.

Puntuación total _____

Marque con una X diagnóstico probable:

- 30-40 = Alta autoestima
- 26-29 = Autoestima media
- 25 o menos = Baja autoestima

Observaciones: _____



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA**

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

No.	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?		
11	¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?		
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?		
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?		
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno(a) de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?		

Fuente: Brink TL, et al. Clin Gerontol 1962;1:37-43

*Traducción de la Unidad de Investigación en Gerontología

Marque con una X diagnóstico probable:

0-10 puntos = Normal

11 puntos o más = Probable depresión



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA**

ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL
PARA ADULTOS MAYORES

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Estado civil: Casado/a _____ Soltero/a _____ Viudo/a _____

Marque con una cruz (X) la respuesta en el espacio que corresponda.

	SI	NO
¿Tiene esposo(a)?		
¿Tiene hijos(as)?		
¿Tiene "parientes": sobrinos(as), hermanos(as), primos(as), etc.?		
¿Tiene amigos(as)?		
¿Pertenece a algún grupo de apoyo comunitario?*		
¿Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional?*		

* ¿Cuál(es)? _____
** ¿Cuál(es)? _____

I. RED INFORMAL FAMILIAR (Marque con una X el número correspondiente).

Cónyuge	No lo(a) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ³ (1)	Apoyo Material ⁴ (1)	Apoyo Informativo ⁵ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3			

Hijos(as) ¿Cuántos hijos tiene? () Anote el número

	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos(as)?				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos(as)?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus hijos(as)?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3			

¹ Apoyo emocional: Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.
³ Apoyo instrumental: Cuidado, transporte, labores del hogar.
⁴ Apoyo material: Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios.
⁵ Apoyo informativo: Orientación, Información, Intercambio de experiencias.

Familiares próximos ¿Cuántos tiene? () Anote el número									
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes?	No los(as) veo y/o hablo. (0)		Menos de una vez al mes. (1)		1 o dos veces al mes. (2)		1 vez a la semana o más. (3)		
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo Emocional (1)		Apoyo Instrumental ² (1)		Apoyo Material ³ (1)		Apoyo Informativo ⁴ (1)		
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0	
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1	
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2	
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	

II. RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR

Amigos (as) ¿Cuántos tiene? () Anote el número

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos(as)?	No los(as) veo y/o hablo. (0)		Menos de una vez al mes. (1)		1 o dos veces al mes. (2)		1 vez a la semana o más. (3)		
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo Emocional (1)		Apoyo Instrumental ² (1)		Apoyo Material ³ (1)		Apoyo Informativo ⁴ (1)		
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus amigos(as)?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0	
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1	
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2	
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	

Apoyo comunitario

1. ¿Con qué frecuencia acude usted al grupo comunitario?	No acudo. (0)		Menos de una vez al mes. (1)		1 o dos veces al mes. (2)		1 vez a la semana o más. (3)		
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este(os) grupo(s)?	Apoyo Emocional (1)		Apoyo Instrumental ² (1)		Apoyo Material ³ (1)		Apoyo Informativo ⁴ (1)		
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) apoyo que le proporciona el grupo con el que acude?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0	
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1	
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2	
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	

III. RED FORMAL INSTITUCIONAL

Marque con una cruz (X)

1. ¿Con qué frecuencia recibe este apoyo?	No recibo apoyo. (0)		Menos de una vez al mes. (1)		1 o dos veces al mes. (2)		1 vez a la semana o más. (3)		
2. ¿Qué tipo de apoyo(s) le proporciona la institución?	Apoyo Emocional (1)		Apoyo Instrumental ² (1)		Apoyo Material ³ (1)		Apoyo Informativo ⁴ (1)		
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que recibe?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0	
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1	
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2	
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	

Observaciones: _____
Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
EN CONVENIO CON LA DELEGACIÓN TLALPAN



CARTA DE AUTORIZACIÓN CON CONSENTIMIENTO DE CAUSA

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD DE UN PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE A NIVEL COMUNITARIO

Especialistas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México llevarán a cabo diversos estudios para avanzar en el conocimiento del proceso de envejecimiento a nivel bioquímico, clínico y social en grupos de personas de la demarcación de la delegación Tlalpan.

OBJETIVO

- Conocer la salud y estado psicológico de los adultos mayores a través de instrumentos escritos de fácil resolución y realizar tomas de muestras para posteriormente efectuar pruebas de laboratorio.

LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES SE COMPROMETE A:

- Asistir periódicamente, llevar a cabo el levantamiento de datos con sus propios materiales, efectuar trabajo de sensibilización y difusión de información, canalizar los casos que así lo requieran y mantener la confidencialidad de todos los casos.

COMPROMISO DEL PARTICIPANTE:

- Asistir a todas las citas y participar en las actividades programadas y, en caso de no desear participar más en el programa avisar y declarar los motivos que tiene para ello.

TIEMPO DE DURACIÓN:

- El programa tiene una duración de dieciocho meses ininterrumpidos, se trata de un diagnóstico e intervención multidisciplinaria y requiere tiempo para advertir resultados.

RIESGOS:

- No existe ningún riesgo para la salud, las tomas de muestras sanguíneas serán llevadas a cabo por personal experimentado con material nuevo y desechable y las preguntas de índole personal que no ponen en riesgo la integridad del participante.

PROBABLES BENEFICIOS

- Usted verá mejorada su calidad de vida y la sociedad en su conjunto sea beneficiada con los resultados de las investigaciones.

NO TIENE COSTO

- Las pruebas no tendrán ningún costo y los resultados de la glucosa, perfil lipídico, perfil renal, biometría hemática, así como los de las pruebas de funcionalidad física y de la evaluación gerontológica integral se los entregaran.

DECLARO QUE HE LEÍDO O ME HAN LEÍDO EN PRESENCIA DE UN FAMILIAR RESPONSABLE EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO, COMPRENDO LOS COMPROMISOS QUE ASUMO Y LOS ACEPTO EXPRESAMENTE, POR ELLO, MANIFIESTO MI DESEO DE PARTICIPAR EN LAS INVESTIGACIONES Y FIRMO VOLUNTARIAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos y he recibido una copia de este impreso.

Nombre y firma del participante _____

Nombre y firma de un familiar (testigo) _____

Nombre y firma del investigador _____

México, D.F. a _____ de _____ del _____

En caso de no saber leer y escribir poner huella digital en el cuadro después de haberle leído el documento al participante en presencia del testigo.



En caso de cualquier duda o sugerencia en relación al proyecto comunicarse con: Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez
Unidad de Investigación en Gerontología, FES Zaragoza UNAM, México D.F.,
Tel. 015556230700, #. 39182, 015556230770, o a los correos: mendovic@servidor.unam.mx,
rpi@puma2.zaragoza.unam.mx

Lic. Enf. Ana Leticia Rivera Soto, anysoto23@gmail.com

En la delegación Tlalpan:
C. Ana María Sandoval Santos
Calle moneda s/n interior parque Juana de Asbaje, Col. Tlalpan, C.P. 1400. México D.F.
Tel: 58467232 ó 54831500 ext: 1360. Correo -e: jud.spaam@hotmail.com

