



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TEMA

**AUTOCUIDADOS QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES DE PIE DIABÉTICO EN
ADULTOS MAYORES. HOSPITAL BÁSICO DE SALINAS DR. JOSÉ GARCÉS
RODRÍGUEZ. 2021**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

GONZÁLEZ CORAL ELIANA LISSETTE

TUTORA

LIC. ZULLY SHIRLEY DÍAZ ALAY

PERIODO

2021-1

TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
MILTON MARCOS
GONZALEZ SANTOS

Lcdo. Milton González Santos, Mgt
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

Q.F Sonnia Salinas Salinas, Msc
DOCENTE DE ÁREA

Lic, Alicia Cercado Mancero, PhD
DIRECTORA DE LA CARRERA

Lic. Zully Shirley Díaz Alay
TUTORA

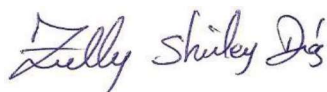
Ab. Víctor Coronel Ortiz, Mgt
SECRETARIO GENERAL

La Libertad,

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutora del proyecto de investigación: AUTOCUIDADOS QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES DE PIE DIABÉTICO EN ADULTOS MAYORES. HOSPITAL BÁSICO DE SALINAS DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ. 2021 elaborado por la Sra. GONZÁLEZ CORAL ELIANA LISSETTE, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD, perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que, luego de haber orientado, estudiado y revisado, la APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente.



Lic. Zully Shirley Díaz Alay

TUTORA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a Dios por ser mi guía principal y otorgarme habilidades que me han permitido desarrollar mis estudios académicos, a mis padres por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida, y al Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez por sus enseñanzas durante mi internado rotativo y haberme permitido realizar mi trabajo investigativo en sus instalaciones.

Eliana González

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, por haberme brindado los recursos necesarios durante mi formación académica, a sus profesionales docentes y administrativos por las enseñanzas otorgadas, a los tutores designados para la realización de este trabajo por su guía total durante el proceso, a mis padres por su apoyo y compañía y en especial a Dios por ser mi guía principal.

Eliana González

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena



González Coral Eliana Lissette

CI: 2450635921

ÍNDICE

Contenido

TRIBUNAL DE GRADO	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
DECLARACIÓN	V
ÍNDICE	VI
RESUMEN	X
ABSTRACT.....	XI
INTRODUCCIÓN.....	- 1 -
CAPITULO I	- 3 -
1. El problema	- 3 -
1.1. Planteamiento del problema	- 3 -
1.2. Formulación del problema	- 6 -
2. OBJETIVOS	- 7 -
2.1. Objetivo general.....	- 7 -
2.2. Objetivos específicos.....	- 7 -
3. Justificación	- 8 -
CAPITULO II	- 9 -
4. Marco Teórico	- 9 -
4.1. Fundamentación Referencial	- 9 -
4.2. Fundamentación Teórica.....	- 11 -
4.2.1 Adulto mayor.....	- 11 -
4.2.2 Diabetes mellitus.....	- 11 -
4.2.3. Pie diabético.....	- 13 -
4.2.4. Autocuidado	- 16 -
4.2.5. Fundamentación de enfermería.....	- 18 -
4.3. Fundamentación legal.....	- 21 -
5. Formulación de la hipótesis	- 24 -
5.1. Identificación y clasificación de las variables	- 24 -
5.2. Operacionalización de las variables	25
CAPITULO III	26

6. Diseño Metodológico	26
6.1. Tipo de Investigación.....	26
6.2. Métodos de Investigación	26
6.3. Población y muestra	26
6.4. Tipo de muestreo	26
6.5. Técnicas de recolección de datos	27
6.6. Instrumento de recolección de datos.....	27
6.7. Aspectos éticos.....	28
CAPITULO IV	29
7. Presentación de resultados	29
7.1. Análisis e interpretación de resultados	29
7.2. Comprobación de hipótesis.....	47
7.3. Conclusiones	47
7.4. Recomendaciones	48
8. Referencias bibliográficas.....	49
9. Anexos.....	51
9.1. Anexo N° 1. Solicitud de permiso para la aplicación de instrumento evaluativo	51
9.2. Anexo N° 2 Aceptación de solicitud por parte del Distrito Zonal.....	52
.....	52
9.3. Anexo N° 3. Consentimiento informado	53
9.4. Anexo N° 4. Instrumento. Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes.....	54
9.5. Anexo N° 5. Escala de Wagner – Merrit	57
9.6. Anexo N° 6. Cronograma de Actividades.....	58
9.7. Anexo N° 7 Evidencia Fotográfica	61
9.8. Anexo 8. Certificado Antiplagio	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Tipos de Diabetes	- 12 -
Tabla 2	Características de las Úlceras de Pie Diabético.....	- 15 -
Tabla 3	Autocuidados para la Prevención Del Pie Diabético.....	- 18 -
Tabla 4	Teoría del Déficit de Autocuidado	- 19 -
Tabla 5	Operacionalización de Variables	25
Tabla 6	Grado de la Úlcera.....	29
Tabla 7	Nivel de Autocuidado.....	31
Tabla 8	Medidas de Correlación entre las Dimensiones del Autocuidado y el Grado de las Lesiones del pie Diabético	33
Tabla 9	Grado de la Úlcera - Nivel de Autocuidado.....	34
Tabla 10	Pruebas de Chi Cuadrado	34
Tabla 11	Medidas Simétricas	34
Tabla 12	Pruebas de Chi - Cuadrado	35
Tabla 13	Medidas Simétricas	35
Tabla 14	Grado de la Úlcera - Realización de Ejercicio	36
Tabla 15	Pruebas de Chi - Cuadrado	37
Tabla 16	Medidas Simétricas	38
Tabla 17	Grado de la Úlcera - Control de Glicemia	39
Tabla 18	Pruebas de Chi - Cuadrado	39
Tabla 19	Medidas Simétricas	40
Tabla 20	Grado de la Úlcera - Cuidado de los Pies	41
Tabla 21	Pruebas de Chi - Cuadrado	41
Tabla 22	Medidas Simétricas	42
Tabla 23	Grado de la Úlcera - Control del Tabaquismo	43
Tabla 24	Pruebas de Chi - Cuadrado	44
Tabla 25	Medidas Simétricas	44
Tabla 26	Resumen de Procesamiento de Casos	45
Tabla 27	Grado de la Úlcera - Control de la Medicación	45
Tabla 28	Pruebas de Chi - Cuadrado	46

Tabla 29 Medidas Simétricas	46
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO. - 1 Estadificación de la Úlcera.....	30
GRÁFICO.- 2 Nivel de Autocuidado.....	32
GRÁFICO. - 3 Grado de la Úlcera - Control de la Dieta.....	36
GRÁFICO. - 4 Grado de la Úlcera – Realización de Ejercicio.....	38
GRÁFICO. - 5 Grado de la Úlcera - Control de la Glicemia.....	40
GRÁFICO. - 6 Grado de la Úlcera - Cuidado de los Pies.....	43
GRÁFICO. - 7 Grado de la Úlcera - Control de la Medicación.....	47

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una patología crónica degenerativa, considerada una problemática de salud a nivel mundial, especialmente por las complicaciones que desencadena, de las cuales nos enfocaremos únicamente en el pie diabético, complicación que se define como la infección o ulceración de los tejidos profundos, conocida especialmente por ser la causa principal de amputaciones en la población diabética, generando un declive en la calidad de vida, por tal razón y considerando la incidencia y prevalencia existente en la Provincia de Santa Elena, el presente trabajo investigativo, tuvo como objetivo determinar los autocuidados que influyen en las lesiones de pie diabético en adultos mayores del Hospital Básico Dr. José Garcés Rodríguez, ubicado en el cantón Salinas, perteneciente a la Provincia de Santa Elena, la metodología utilizada fue de tipo cuantitativa, aplicada mediante el Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes y la Escala de Clasificación de Wagner – Merriti, dirigida hacia nuestro subgrupo de estudio, el cual constó de 53 pacientes, cifra que se obtuvo mediante el tipo de muestreo probabilístico, a través de la fórmula ya establecida. Los resultados fueron adquiridos mediante el análisis de la encuesta aplicada, en donde se reflejó mediante valores porcentuales, la relación entre las dimensiones de autocuidado con el grado de lesiones de pie diabético

Palabras claves: Autocuidado, lesiones de pie diabético, adultos mayores

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic degenerative pathology, considered a global health problem, especially due to the complications it triggers, of which we will focus only on the diabetic foot, a complication that is defined as infection or ulceration of deep tissues. known especially for being the main cause of amputations in the diabetic population, generating a decline in the quality of life, for this reason and considering the incidence and prevalence existing in the Province of Santa Elena, the present investigative work aimed to determine the self-care that influence diabetic foot injuries in older adults at the Dr. José Garcés Rodríguez Basic Hospital, located in the Salinas canton, belonging to the Province of Santa Elena, the methodology used was quantitative, applied through the Summary of Activities of Self-Care in Diabetes and the Wagner-Merriti Classification Scale, directed towards our study subgroup, which consisted of 53 patients, a figure that was obtained through the type of probability sampling, through the already established formula. The results were acquired through the analysis of the applied survey, where the relationship between the dimensions of self-care with the degree of diabetic foot injuries was reflected through percentage values.

Keywords: Self-care, diabetic foot injuries, older adults

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existen diversas enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales, como es conocido a nivel mundial, tienen especial impacto en la salud de los adultos mayores, convirtiéndolos en el grupo prioritario con riesgos más altos de sufrir daños irreversibles a causa de las complicaciones que estas desencadenan. Entre las principales patologías, reconocidas por la Organización Mundial de la Salud, se encuentra la diabetes mellitus tipo II, misma que como se ha evidenciado en las últimas décadas, ha aumentado su prevalencia e incidencia, generando también el aumento de muertes prematuras, ausentismo laboral, discapacidad y mayores ingresos hospitalarios. (Organización Mundial de la Salud , 2021)

En base a lo antes mencionado, podemos incluir que, la diabetes mellitus tipo II es una enfermedad que afecta a miles de personas cada año y trae consigo diversas complicaciones, entre ellas el pie diabético, ocasionando muchas veces amputaciones del miembro afectado. Considerando que la diabetes es una afección crónica degenerativa lo que significa que, irá degradando física y mentalmente a quienes la padecen, sin lugar a dudas debemos realizar principal énfasis en la promoción y prevención de la salud, recalcando que si se lleva un correcto autocuidado pueden no solo mejorar la recuperación de lesiones o ulceraciones en extremidades inferiores, si no también prevenirlas. (Suárez & Calvopiña, 2018)

El pie diabético, se puede definir como aquel estado de infección, ulceración o destrucción de las estructuras más profundas de los pies, motivado por un mal control metabólico y un estado de hiperglucemia prolongado. A nivel mundial el 20% de las hospitalizaciones atribuidas a la diabetes mellitus se dan como resultado de úlceras y afectaciones en extremidades inferiores, de igual forma, se ha evidenciado que el 20% de pacientes con pie diabético mueren en menos de un año, y que uno de cada 5 diabéticos presentara un episodio de PD a lo largo de su vida. En el mundo cada 30 segundos se produce una amputación debido al pie diabético. (Fernández, Álvarez, & Vigil, 2020)

Del mismo modo, en Ecuador, se demuestra la misma problemática especialmente en, Santa Elena, Cañar, El Oro, Los Ríos, Guayas y Azuay, representando el 80,6% de personas con diabetes mellitus a nivel nacional, además del 50% de amputaciones, dejando

en evidencia que la población que padece esta patología no está adoptando medidas de autocuidado adecuadas para prevenir o retrasar las complicaciones que derivan de esta enfermedad.

En el año 2020, según estudios realizados por la Revista de Ciencias Pedagógicas e Innovación, y datos otorgados por los distritos de salud de la Provincia de Santa Elena, se determinó que la prevalencia de diabetes mellitus tipo II fue la más alta de las Provincias de la Costa, ocupando el segundo lugar a nivel nacional, además se investigó el nivel de desconocimiento sobre la diabetes que posee la población, cuyo resultado fue que el 37% de los habitantes no tiene un nivel aceptable de conocimiento, destacando entre ellos el sexo femenino y adultos con nivel de instrucción medio. (Garcés & Lindao, 2020)

Por lo tanto, la presente investigación tuvo como objetivo identificar las conductas de autocuidado que influyen en la aparición de lesiones de pie diabético en adultos mayores, lo cual se realizó mediante observación directa y encuestas a través de la Escala de Clasificación de Wagner-Merrit y la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado, mismas que fueron dirigidas a los adultos mayores que asisten al Hospital Básico de Salinas Dr, José Garcés Rodríguez, ubicado en el cantón Salinas, perteneciente a la Península de Santa Elena.

CAPITULO I

1. El problema

1.1. Planteamiento del problema

La diabetes se define como una enfermedad crónica no transmisible, que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la que produce, una de sus complicaciones más frecuentes es el pie diabético. Esta complicación de salud posee una estrecha relación con las conductas que el individuo adopta durante el curso de su padecimiento. El desequilibrio en dichas conductas toma protagonismo para el desarrollo de estadios patológicos graves como lesiones en extremidades inferiores que en un estado avanzado requerirían procedimientos quirúrgicos. (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud define el pie diabético como la ulceración, infección y/o gangrena de los tejidos del pie asociados a neuropatía diabética y diferentes grados de compromiso vascular periférico. Del mismo modo se considera que el desarrollo de problemas del pie no es una condición inevitable de la diabetes, ya que la mayoría de las lesiones se pueden prevenir. (García, 2016)

Si bien es cierto, el pie diabético es secundario a una patología denominada neuropatía diabética, es decir la afección que sufren los miembros inferiores como consecuencia de niveles altos de glucosa en la sangre, el Pd junto con sus complicaciones son uno de los problemas más importantes a nivel mundial, ya que tiene consecuencias graves en la calidad y duración de vida de los pacientes ocasionándoles incapacidad y mayores estancias hospitalarias, debido al alto porcentaje de amputaciones que este representa.

Por consiguiente, es importante conocer la definición de autocuidado, el cual es el componente principal para evitar las complicaciones de la diabetes, mismo que ha sido estudiado desde la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem. Por lo tanto, (Cancio, Ruíz, & Alarcó, 2019) la define como el cuidado integral del ser humano, orientado a fomentar la autorresponsabilidad de las personas hacia su salud, como recurso para elevar la calidad de vida y el bienestar.

A nivel mundial la demanda de los servicios de salud ha aumentado de manera contundente en las últimas décadas, de 177 millones en el año 2000 a 285 millones en el año 2010 y se estima que en los próximos 10 años serán 360 millones de personas quienes padecerán diabetes. En este sentido, las lesiones en extremidades inferiores de pacientes con esta afección constituyen una de las mayores causas de morbilidad e incapacidad y representan la problemática más frecuente de ingreso hospitalario en este tipo de usuarios. (Rojas, 2016)

Estudios realizados en Latinoamérica revelan que, en Chile el 6,7% de pacientes con diabetes han acudido a una unidad de salud por presentar pie diabético, además se manifiesta que el 48,3% de estos pacientes nunca han adoptado conductas de prevención para el desarrollo de esta complicación, de igual forma, en Ecuador la diabetes es considerada la primera causa de muerte, debido a sus complicaciones siendo Santa Elena, Cañar, Manabí, El Oro, Los Ríos, Guayas y Azuay las provincias con mayor incidencia de dicha patología, representando el 80,6% de personas afectadas y el 50% de amputaciones a nivel nacional. (Gómez & Cordero, 2017).

La Provincia de Santa Elena, constituida por tres cantones; Santa Elena, La libertad y Salinas, actualmente cuenta con una población de 308.693 habitantes a nivel provincial. Cuenta con diversas instituciones de salud, mismas que desde el inicio de la pandemia por Sars-CoV2 han sido rediseñadas en cuanto a los servicios que ofertan, siendo el Hospital Básico de Salinas el único encargado de abarcar con la mayor parte de la población en cuanto a medicina general y cirugía, el Centro de Salud Venus de Valdivia se encarga del área de pediatría, y el Hospital Básico de Libertad de gineco-obstetricia. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016).

El Hospital Básico “Dr. José Garcés Rodríguez” ubicado en el cantón Salinas perteneciente al distrito 24D02, Zona 5, mantiene un nivel alto de demanda de pacientes, tomando en cuenta que es el único designado para atender a la mayor parte de la población, lo cual está deteriorando la calidad de servicios que brinda, ya que el número de personal con el que cuenta y la infraestructura que posee no son suficientes para atender el aumento de población, especialmente al número de usuarios con diabetes mellitus tipo II quienes representan gran parte de la localidad y aumentan el número de ingresos hospitalarios a causa

de las complicaciones, mismas que en su gran mayoría se dan por un déficit de autocuidado de los individuos.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo influye el autocuidado en las lesiones del pie diabético en adultos mayores en el Hospital Básico Dr. José Garcés Rodríguez?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar los autocuidados que influyen en las lesiones de pie diabético en adultos mayores. Hospital Básico Dr. José Garcés Rodríguez. 2021.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar el grado de las lesiones de pie diabético en adultos mayores. Hospital Básico Dr. José Garcés Rodríguez. 2021.
- Evaluar el nivel de autocuidado en adultos mayores. Hospital Básico Dr. José Garcés Rodríguez. 2021.
- Correlacionar las dimensiones del autocuidado y el grado de lesiones de pie diabético en adultos mayores. Hospital Básico Dr. José Garcés Rodríguez. 2021.

3. Justificación

La diabetes mellitus es considerada como la principal causa de defunciones de aproximadamente 2.2 millones de personas en países de ingresos medianos y bajos, debido a sus complicaciones, cuya incidencia se ha mantenido o incluso aumentado en las últimas dos décadas. Motivos que la posicionan como un problema de salud de gran relevancia en la actualidad. Además de ser también una de las principales causas de incapacidad, como consecuencia de amputaciones de miembros inferiores debido al pie diabético (Organización Mundial de la Salud , 2021)

En base a lo antes mencionado, podemos manifestar que este trabajo investigativo estuvo motivado por las cifras de incidencia tanto a nivel mundial como nacional, considerando que la Provincia de Santa Elena se encuentra como una de las más afectadas en diversos estudios, situación que logramos evidenciar durante el Internado Rotativo, específicamente en la rotación clínico quirúrgica en el Hospital Básico Dr. José Garcés Rodríguez donde acudían varios usuarios que por simple hecho de no llevar un correcto autocuidado desarrollaban complicaciones, siendo el pie diabético una de las más frecuentes.

Por lo tanto, hemos realizado este estudio con la iniciativa de contribuir con el personal de salud y con la comunidad a mejorar los estilos de vida y la salud de los usuarios que ya padecen de diabetes mellitus y también de prevenirla en quienes no la han desarrollado o de mantenerla contralada con simples hábitos de autocuidado, que pueden mejorar notablemente su calidad de vida. Además, publicando los resultados obtenidos pueden servir de base para futuras investigaciones y en conjunto tener un mayor alcance para conseguir el bienestar de los individuos, familia y comunidad.

CAPITULO II

4. Marco Teórico

4.1. Fundamentación Referencial

Mediante la revisión bibliográfica se lograron encontrar diversos estudios con enfoque y objetivos similares que validan nuestra problemática existente, de los cuales en esta ocasión mencionaremos dos estudios internacionales y uno nacional los cuales buscan identificar la prevalencia de las lesiones en el pie a causa de un autocuidado deficiente por parte de la mayoría de la población.

En el primer estudio revisado, capacidades de autocuidado, autocuidado y lesiones de la piel en adultos con diabetes mellitus tipo 2, realizado en México por el autor (Ramos, 2018) previo a la obtención del título de Maestría en Ciencias de Enfermería cuyo objetivo principal fue determinar la relación entre los factores condicionantes básicos, actividades y capacidades de autocuidado con las lesiones de la piel en adultos con diabetes tipo 2, se determinó que el 40% de los participantes presentaron al menos dos lesiones, entre las más comunes están el 67.8% ubicadas en las piernas, el 52.4% en el pie y el 37% en antebrazo.

Además, en cuanto a las relaciones que existen entre los factores condicionantes y las capacidades de autocuidado con las lesiones en la piel, se llegó a la conclusión que, el sexo masculino afronta con menor regularidad su enfermedad, por lo que acuden con menor frecuencia a los servicios de salud, de igual forma se menciona que tener un diagnóstico establecido mayor a 5 años incrementa el riesgo de tener lesiones en la piel, también se plasmó que el sexo, el nivel de escolaridad y el estado civil influyen significativamente en las actividades de autocuidado que el individuo adopta en el transcurso de su padecimiento . (Ramos, 2018)

En base a lo ante mencionado, y a los datos recolectados del estudio anterior podemos evidenciar la concordancia entre ambos trabajos investigativos, debido a que se sustenta la relación entre nuestras dos variables las actividades de autocuidado y la aparición de lesiones en la piel de los adultos mayores, mismas que están condicionados por diversos factores entorno a la vida del individuo.

En este contexto, en el estudio denominado, El pie diabético en cifras. Apuntes de una epidemia realizado en Cuba por el autor (García, 2016) en la Universidad de Ciencias Médicas, Matanzas, menciona que el pie diabético es entendido como una epidemia creciente, teniendo en cuenta que al menos el 25% de la población se verá afectada por una úlcera del pie a lo largo de su vida, convirtiéndose en la causa más frecuente de ingresos hospitalarios y estancias prolongadas. Además, se manifiesta que el 85% de amputaciones en diabéticos se produce a causa de lesiones previas en el pie.

En relación a lo antes descrito, diversos autores manifiestan que estas lesiones producidas en la población diabética son, en su gran mayoría, prevenibles mediante un correcto autocuidado, por lo que, (Cancio, Ruíz, & Alarcó, 2019) defienden que en la actualidad, considerando el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles es de suma importancia incorporar el autocuidado como una medida principal de prevención ya que, el estado de salud de una persona depende en gran medida de los cuidados que esta se brinde.

Por lo tanto, (León & Pachito, 2019) en su estudio realizado en Guayaquil-Ecuador mantuvieron como objetivo principal determinar la influencia del autocuidado en la cicatrización de lesiones de pie diabético, en una muestra de 50 pacientes donde obtuvieron como resultado que sus hábitos como, la nutrición, higiene y actividad física no fueron practicados de manera correcta en el 66% de los encuestados y que el 44% no cumple con su tratamiento farmacológico.

4.2. Fundamentación Teórica

4.2.1 Adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) el término adulto mayor se refiere a cualquier persona, sea hombre o mujer que sobrepase los 60 años de edad, aunque hay bibliografías que consideran adulto mayor a quien pase los 55 años y otras a quien sea mayor de 65 esto también suele depender del país en el que se encuentren. Actualmente, la población tiene una esperanza de vida igual o mayor a los 60 años de edad, por lo que para el 2050 se espera que la población con este rango de edad llegue a los 200 millones, cifra que refleja un aumento de 900 millones con respecto al 2015.

La población de adultos mayores es considerada como un grupo de riesgo, vulnerable o de atención prioritaria ante las entidades de salud, teniendo en cuenta que suelen ser los más propensos a padecer un sinnúmero de patologías debido a su edad avanzada y por consiguiente el deterioro del funcionamiento de sus órganos o la pérdida de la autonomía. Estudios indican que los principales problemas de salud en esta población son de enfermedades no transmisibles, generalmente crónicas.

En este sentido (Morales, Rosas, Paredes, & Rosero, 2016) defienden que, el envejecimiento normal implica una serie de cambios en todos los sistemas, anatómico, cognitivo y funcional, los cuales sumados a los estilos de vida hacen al anciano más o menos vulnerable, por lo tanto es evidente que las enfermedades más comunes que los afectaran dependerán del estilo de vida que lleven o que llevaron durante su juventud, entre las principales tenemos, enfermedades cardiovasculares, como la insuficiencia cardiaca, respiratorias, como la bronquitis crónica, metabólicas como la diabetes y algunos tipos de demencia como el Alzheimer.

4.2.2 Diabetes mellitus

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica, clasificada como crónica degenerativa, generada por el deterioro en la acción o secreción de insulina, resultando de la autodestrucción de las células beta del páncreas, o también por anomalías en el metabolismo de grasas y proteínas, lo que también causa la inactividad en el trabajo de la insulina en los órganos diana, manifestándose con niveles altos de glucosa a largo plazo,

provocando el deterioro funcional de la visión, los riñones, sistema neurológico, corazón y vasos sanguíneos. (Suárez & Calvopiña, 2018)

Por otra parte, (González, y otros, 2018) menciona que, la diabetes mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos con alta presencia en la población la cual se estima que para el año 2030 llegaría a alcanzar los 370 millones de personas diabéticas en el mundo, duplicando la cifra obtenida en el 2000 la cual fue de 171 millones. Además, los datos epidemiológicos indican una prevalencia de entre el 7% y el 7,5% de la población mundial, en su gran mayoría en pacientes con diabetes tipo II.

4.2.2.1. Tipos de diabetes

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que hay tres tipos principales de diabetes, siendo la más común la diabetes mellitus tipo II, ya que representa del 85% al 90% de los casos reportados y se manifiesta generalmente en adultos.

Tabla 1

Tipos de Diabetes

Diabetes Mellitus Tipo I	Diabetes Mellitus Tipo II	Diabetes Gestacional
Se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física y las dietas con alto contenido calórico.	Antes conocida como diabetes juvenil o insulino dependiente, es una afección crónica en la que el páncreas produce poca o ninguna cantidad de insulina por sí mismo.	Se presenta durante el embarazo, aun cuando la gestante nunca antes la haya presentado.

Elaborado por: Eliana González Coral

Fuente: (Organización Panamericana de la Salud, 2020) Diabetes, Panorama general, Síntomas y Tratamiento <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

En este sentido, y por ser parte fundamental de nuestra variable dependiente, nos centraremos específicamente en la Diabetes Mellitus tipo II, la cual se caracteriza por la presencia elevada de glucosa en sangre, debido a que el cuerpo no es capaz de producir suficiente insulina o no puede responder a sus efectos. Constituye aproximadamente del 80 al 90% de los casos de diabetes. (Quinaucho, 2019)

4.2.2.2. Complicaciones de la diabetes mellitus tipo II

La Diabetes Mellitus es una enfermedad de alta prevalencia que está asociada a las condiciones de vida y cultura de los pacientes y sus familiares además de los cambios en la composición corporal propios de la edad, provocando que en una población de riesgo se produzcan un sinnúmero de complicaciones relacionadas a una sustancial carga de morbilidad y mortalidad para el paciente diabético, ocasionadas en gran medida por un insuficiente control metabólico, falta de adherencia terapéutica y un incorrecto autocuidado en general. (Cañarte, 2019)

Por lo tanto, la diabetes mellitus es considerada como un problema de gran magnitud para el individuo que la padece desde el primer momento en que se detecta, especialmente debido a las repercusiones a largo plazo que esta provoca, mismas que pueden causar daños irreversibles en la salud del individuo, disminuyendo de esta manera su calidad de vida.

(Suárez & Calvopiña, 2018) mencionan que, es común que un paciente diabético entre en estado de negación, lo cual favorecerá la evolución de la enfermedad, aumentando la probabilidad de futuras complicaciones, entre las cuales tenemos las micro vasculares, como la neuropatía, enfermedades del riñón y la retina además de las macro vasculares como la cardiopatía isquémica, accidente cerebro vascular, arteriopatía periférica y neuropatía diabética,

4.2.3. Pie diabético

Entre las complicaciones de la diabetes mellitus antes mencionadas, tenemos el denominado pie diabético, como una de las más frecuentes, el cual es secundario a una neuropatía diabética, patología que suele afectar con mayor frecuencia a los miembros inferiores del individuo. Diversos autores consideran que dicha complicación es, en cierto sentido prevenible o al menos es posible evitar estadios más avanzados mediante la práctica de un correcto autocuidado.

Por otra parte, (Pilar, 2016) define el pie diabético como, la infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos, asociados a vasculopatías periféricas de diversa gravedad en extremidades inferiores y anormalidades neurológicas, es decir a la pérdida de

la sensibilidad al dolor. que se dan como resultado de diferentes factores inducidos por la hiperglucemia mantenida y no controlada.

El desarrollo del pie diabético dependerá de una triada etiológica multifactorial neuropática, vascular e infecciosa que por mediación de un traumatismo externo o interno se desarrolla una lesión en el pie (Pilar, 2016). Esta complicación es conocida por ser la más común en pacientes diabéticos y la mayor causa de amputaciones en esta población, teniendo en cuenta que un gran porcentaje de individuos que han tenido una amputación presentaran una segunda en un rango de tres años.

4.2.3.1. Factories de riesgo que influyen en el pie diabético

Las úlceras del pie diabético se pueden dar como consecuencia de la contribución de varios factores (Cañarte, 2019)

- Factores predisponentes: neuropatía sensitiva periférica, poca hidratación de la piel, secundaria a neuropatía anatómica o isquémica.
- Factores desencadenantes: traumatismos mecánicos, térmicos o químicos
- Factores agravantes: infección.

Varios autores consideran como principales factores de riesgo para el desarrollo del pie diabético, la diabetes mellitus tipo II como tal y el tiempo transcurrido desde su diagnóstico, un calzado inadecuado y un autocuidado deficiente. Como lo defienden (García, Febles, & Moliner, 2016) en su trabajo investigativo donde obtuvieron como resultado que la neuropatía diabética estuvo presente en el 100% de los pacientes, seguida de la existencia de helomas/hiperqueratosis en un 84,4% y en tercer lugar por un calzado inadecuado en un 79,8%, asociados en más de la mitad de los casos a un déficit de autocuidado.

4.2.3.2. Lesiones del pie diabético

Existen distintas lesiones en la piel que se asocian con el aumento de los niveles de glucosa en la sangre, estas lesiones son causadas por hongos como tiña y pie de atleta las cuales al no ser tratadas adecuadamente causan ulceraciones capaces de desencadenar complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, como el denominado pie diabético, mismo que podría ocasionar daños irreversibles en el individuo. (Ramos, 2018).

Estudios revelan que la aparición y gravedad de estas lesiones están ligadas al número de años que el paciente lleva desde el diagnóstico de su patología. Por ende, es necesario que para la prevención de estas complicaciones el paciente lleve un adecuado y continuo control de su glicemia del mismo modo que debe realizar cambios en su estilo de vida. (Ramos, 2018)

4.2.3.3. Úlcera del pie diabético

Se considera úlcera de pie diabético a aquella alteración clínica de base etiopatogénica neuropática conducida por la hiperglucemia mantenida, la que se produce con o sin coexistencia de isquemia o un desencadenante traumático y en dependencia de del factor implicado en su desarrollo pueden ser neuropáticas, isquémicas o neuroisquémicas (Pilar, 2016).

Tabla 2

Características de las Úlceras de Pie Diabético

	Neuropáticas	Neuroisquémicas	Isquémicas
Sensibilidad	Afectada	Afectada	Intacta
Localización	Áreas de presión (interdigital, talón)	Periférica	Periférica (Pulpejos)
Piel peri lesión	Hiperqueratosis	Sana o frágil a plano	Frágil a plano/ cianosis
Lecho	Tej. Granulación/esfacelo	Esfacelo/pálido	Pálido/necrótico
Coloración	Normal	Palidez/cianosis	Palidez/cianosis
Temperatura	Normal	Normal o disminuida	Disminuida
Raspado	Sangra	No sangra o muy débil	No sangra/muy débil
Dolor	No	No	Si
Pulsos	Conservados	Ausentes	Ausentes

Elaborado por: Eliana González Coral

Fuente: (García, Febles, & Moliner, 2016) Identificación de los factores de riesgo que conducen al desarrollo de las lesiones neuropáticas ulceradas <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubangcirvas/cac-2016/cac161d.pdf>

4.2.3.4. Clasificación de las úlceras de pie diabético

Para un correcto diagnóstico y tratamiento de estas complicaciones es de suma importancia el uso de un sistema establecido que nos proporcione la clasificación de las úlceras y nos facilite conocer su grado de complejidad. Durante los últimos años se han propuesto varios métodos de clasificación de úlceras en el pie, sin embargo, ninguno ha sido completamente validado universalmente, no obstante, la clasificación de Wagner Merrit es la más utilizada por los profesionales al momento de diagnosticar las úlceras, la cual se basa principalmente en la profundidad de la herida y consta de 6 grados (Andrade, 2019):

- Grado 0 (piel intacta)
- Grado 1 (úlceras superficiales)
- Grado 2 (úlceras profundas que afectan tendones, huesos o articulaciones)
- Grado 3 (úlceras profundas con absceso u osteomielitis)
- Grado 4 (gangrena del pie)
- Grado 5 (gangrena entera del pie)

De acuerdo con la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América, el pie diabético infectado se clasifica en subcategorías, leve (afectación restringida de la piel y tejidos subcutáneos solamente), moderada (más extensa o que afecta a tejidos más profundos) y severa (acompañada de signos sistémicos de infección o inestabilidad metabólica). (Andrade, 2019)

Del mismo modo, es de suma importancia que el tamaño y profundidad de la herida sean evaluados y documentados desde la primera visita con el especialista para poder evaluar su progreso durante las consultas posteriores, al igual que vigilar signos de posible infección, por estas razones es fundamental que el paciente sea constante en el cuidado de las úlceras para evitar su evolución y garantizar su recuperación.

4.2.4. Autocuidado

El autocuidado es una función humana reguladora que los individuos practican de manera deliberada hacia ellos mismos, con el objetivo de mantener los elementos y condiciones esenciales para preservar su vida, prevenir enfermedades y restaurar la salud en caso de que sea necesario, estas acciones son aprendidas y puestas en práctica por la persona a través del tiempo, según las necesidades que esta posea. (Ramos, 2018)

Este concepto ha sido ampliamente estudiado desde la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, que tiene su enfoque principal y perspectivas dirigidas hacia el campo de enfermería, donde se enfatiza principalmente el componente físico-biológico del autocuidado. Por otro lado, desde el punto de vista psicológico se abarca una perspectiva biopsicosocial que apunta a un cuidado integral del ser humano, dirigido a fomentar la autorresponsabilidad de las personas en el autocuidado como recurso para elevar la calidad de vida y el bienestar. (Cancio, Ruíz, & Alarcó, 2019)

Así es dable llegar a la conclusión de que, en la actualidad el autocuidado debe ser considerado como una estrategia de prevención y promoción de la salud, ya que trata de promover la autorresponsabilidad de las personas con su propia salud, especialmente en una época donde es evidente el predominio de las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles y su afectación en un gran número de habitantes.

4.2.4.1. Autocuidados para la prevención del pie diabético

Si bien es cierto, es importante lo que el paciente conoce teóricamente acerca del pie diabético, pero es más relevante aun la aplicación práctica que realiza en cuanto al cuidado de su enfermedad considerando que, el autocuidado debe ir dirigido hacia dos puntos, el pie y las prendas utilizadas para protegerlo. El paciente diabético debe adoptar el hábito de higiene diaria y observación meticulosa de sus pies, además de una serie de precauciones generales y cambios o mejoras en su estilo de vida. (León & Pachito, 2019)

Tabla 3*Autocuidados para la Prevención Del Pie Diabético*

Actividad	Objetivo
Inspeccionar diariamente los pies	Identificar la presencia de ampollas, grietas o cualquier desgarro de la piel, ya que representan un área potencial de infecciones.
Higiene habitual de los pies	Proporcionar hidratación a la piel, procurando secarlos correctamente especialmente las zonas interdigitales.
Evitar lesiones en los pies	Para esto se debe evitar la utilización de instrumentos corto punzantes (tijeras, cuchillas, cortaúñas, agujas). De preferencia que el arreglo de las uñas sea realizado por un familiar.
Evitar las temperaturas extremas	Se debe comprobar la temperatura del agua para evitar quemaduras por falta de sensibilidad.
Usar calzado apropiado	Con la finalidad de evitar hiperqueratosis y callosidades
Evitar el uso de medias ajustadas	Como prevención para una posible restricción de la circulación.

Elaborado por: Eliana González Coral

Fuente: (Vilchez, 2020) Factores asociados a la realización de actividades de autocuidado
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000200254&script=sci_arttext#1

4.2.5. Fundamentación de enfermería

La enfermería desempeña un papel fundamental tanto en la prevención y promoción de la salud como en el tratamiento y restauración de la misma y no únicamente de los individuos sino también de la familia y comunidad en general, mediante los roles que cada profesional debe aplicar en las intervenciones que realice con la finalidad de combinar actitudes y conocimientos para proporcionar un completo estado de bienestar.

De ello resulta necesario admitir el hecho de que, las fundamentaciones científicas, teóricas y metodológicas otorgan una base firme para la puesta en práctica mediante el raciocinio enfermero, por lo que están estrechamente ligadas entre sí y, a pesar de ser

considerada una relación compleja e interactiva se cree que es la teoría la que tiene que guiar a la práctica (Pérez & Amezcua, 2017)

Por consiguiente, definimos las teorías como procesos sistemáticos enfocados en darle una mejor conducción a la profesión a través de un conjunto de conocimientos científicamente avalados y puestos en práctica por distintos profesionales de salud a través del tiempo y en todas las áreas desempeñadas. En este contexto, hemos abordado distintas teorías encaminadas a resolver la problemática en cuestión, con la finalidad de aplicar un contexto científico que nos ayude a comprender y exponer de mejor manera nuestro trabajo investigativo.

4.2.5.1. Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Se toma de referencia el modelo de Orem para el desarrollo de nuestro trabajo investigativo, ya que tiene relación directa con nuestra variable principal, es decir el autocuidado. Dorothea Orem presenta su teoría como general, compuesta por tres teorías relacionadas, la teoría del autocuidado la cual explica cómo y porque las personas cuidan de sí mismas, la teoría del déficit de autocuidado, donde muestra como la enfermería puede ayudar a las personas y finalmente la teoría de sistemas de enfermería, que detalla las relaciones que hay que mantener. (Quinaucho, 2019)

Tabla 4

Teoría del Déficit de Autocuidado

La teoría del autocuidado	Establece tres requisitos de autocuidado, que además de ser el componente principal del modelo forman parte de la valoración del paciente.	<p>-Requisito de autocuidado universal.</p> <p>-Requisito de autocuidado del desarrollo,</p> <p>-Requisito de autocuidado de desviación de la salud, los cuales realiza el paciente con discapacidad o enfermedad crónica</p>
----------------------------------	--	---

La teoría del déficit de autocuidado	<p>Es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas, en la que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado no son adecuadas para identificar los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto</p>	<p>De igual modo se utiliza el termino agencia de autocuidado, el cual es utilizado para referirse a la capacidad de los individuos para participar en su propio autocuidado. Se consideran tres factores, el cuidar de uno mismo donde se requiere el pensamiento racional con el fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, limitaciones del cuidado y el aprendizaje del autocuidado incluyendo el mantenimiento continuo de las acciones.</p>
La teoría de sistemas de enfermería	<p>Detalla las relaciones que se deben mantener y establece la existencia de tres tipos de enfermería, la enfermera, el paciente y las interacciones con familiares y amigos.</p>	<p>Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en especial las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas. -Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. -Debe formularse la acción específica que se va a adoptar. -Debe determinar la acción requerida para regular la

capacidad de autocuidado, para la satisfacción de las demandas futuras.

Elaborado por: Eliana González Coral

Fuente: (Naranjo 2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica espirituaña. Vol.19. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

De ello podemos concluir que, el autocuidado debe ser visto de manera holística, ya que necesita de una serie de componentes relacionados entre sí para lograr que el individuo desempeñe una aplicación óptima del mismo en su vida diaria. Por consiguiente, la utilización de este modelo como guía para el desarrollo del presente trabajo investigativo es fundamental para comprender las bases del autocuidado y facilitar la puesta en práctica en nuestra población de estudio.

4.2.5.2. Modelo de calidad de vida (Shwatzmann, 2003)

Hemos tomado como referencia este modelo, debido a que propone que la calidad de vida del paciente es un proceso cambiante que depende de las interacciones que este tenga con su medio y además defiende que es necesario que se adopte un modelo interactivo que considere las dimensiones psicológicas y sociales que enfrenta el paciente en torno a su enfermedad, especialmente en una época donde prevalecen las enfermedades crónicas degenerativas y un sinnúmero de complicaciones que podrían tener consecuencias irreversibles en la vida de los individuos, disminuyendo su calidad de vida. (Rodríguez, 2017)

4.3. Fundamentación legal

Constitución de la República del Ecuador del año 2008

Capítulo segundo, Derechos del Buen Vivir Sección Séptima, Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El estado garantizara este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a

programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Capítulo II, Garantía y Principios Generales, Sección I, Derecho a la Salud:

Art. 4.- El derecho a la salud consiste en el derecho universal, permanente, oportuno y continuo a la atención de salud de manera integral e integrada, de acuerdo a la política establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional, para la promoción de Salud, la prevención de la Enfermedad, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos y de largo plazo. (Código Orgánico de Salud, 2016)

Modelo de Atención integral de salud (MAIS), refiere lo siguiente:

Reorientación del enfoque curativo, centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de APS, fortaleciendo y articulando las acciones de promoción, prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individual y colectiva; garantizando una respuesta oportuna, eficaz, efectiva y continuidad en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; con enfoque intercultural, generacional y de género.

Ley Orgánica de Salud 2016

Capítulo I: Disposiciones comunes

Art. 13.- Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general.

Art. 14.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos

vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

Art. 15.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con otras instituciones competentes y organizaciones sociales, implementará programas para la prevención oportuna, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.

Manual de Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS 2012

Art. 181. Todas las personas, en forma individual o colectiva tienen derecho a:

1. Buscar, recibir, intercambiar, producir y difundir información veraz, verificada, oportuna, contextualizada, plural, sin censura previa acerca de los hechos, acontecimientos y procesos de interés general, y con responsabilidad ulterior.

2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las privadas que manejen fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información.

5. Formulación de la hipótesis

Las conductas de autocuidado influyen en las lesiones de pie diabético en los adultos mayores que asisten al Hospital Básico de Salinas.

5.1. Identificación y clasificación de las variables

Variable dependiente: Lesiones de pie diabético

Variable independiente: Autocuidados

5.2. Operacionalización de las variables

Tabla 5

Operacionalización de Variables

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Definición Operacional		
			Dimensión	Indicador	Técnica
Las conductas de autocuidado influyen en las lesiones de pie diabético en adultos mayores	Variable independiente: Autocuidado	Actitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades para conservar su salud y prevenir enfermedades	Dieta	-Diario	Resumen de
			Ejercicio	-Cada tres días	Actividades de
			Examen de glicemia	-Semanal	Autocuidado en
			Cuidado de la piel	-Nunca	Diabetes SDSCA
			Medicamentos		
			Tabaquismo		
	Variable dependiente: Autocuidados	Es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo		-Grado 1 -Grado 2 -Grado 3 -Grado 4 -Grado 5	Escala de clasificación de Wagner-Merritt

Elaborado por: González Coral Eliana

CAPITULO III

6. Diseño Metodológico

6.1. Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo no experimental con corte transversal, debido a que se realizó en un tiempo único establecido sin la modificación de las características propias del paciente o de su entorno. Consecuentemente, sus alcances son descriptivo y correlacional, ya que cada variable fue detallada registrando sus particularidades, en especial las características de la problemática social estudiada, para finalmente evaluar el grado de asociación entre variables con la finalidad de determinar la influencia del autocuidado en las lesiones de pie diabético en adultos mayores del Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez,

6.2. Métodos de Investigación

En este caso, el método utilizado fue el deductivo, debido que nos permitió evaluar de manera analítica los datos porcentuales del autocuidado a nivel mundial y sum influencer en la presencia de lesiones de pie diabético, con la finalidad de determinar si la hipótesis planteada sería aceptada o rechazada. A través de la metodología cuantitativa, considerando que se utilizó un proceso secuencial para su desarrollo y se cuantificó la información utilizando datos estadísticos, obtenidos mediante la aplicación de nuestros instrumentos.

6.3. Población y muestra

El universo poblacional de nuestro estudio corresponde a todos los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus que asisten al Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez ya que, todos forman parte de nuestro objetivo general, el número exacto fue de 62 pacientes, datos que fueron otorgados por las estadísticas del establecimiento. En consecuencia, nuestro subgrupo de estudio, es decir nuestra muestra constó de 53 pacientes, cifra que obtuvimos mediante la aplicación de la fórmula establecida.

6.4. Tipo de muestreo

Para la obtención del subgrupo de nuestra población y considerando que nuestro estudio tiene un enfoque cuantitativo y un alcance descriptivo - correlacional, hemos optado por el tipo de muestreo probabilístico, el cual nos permitirá tener una muestra estadísticamente representativa, a través de la fórmula finita ya establecida, la cual

detallaremos a continuación: $n = \frac{N \cdot p \cdot q}{(N-1)E^2} + p \cdot q$

n = Muestra

N= Población

p = Posibilidad de ocurrencia (0,5)

q = Posibilidad de no ocurrencia (0,5)

E = Margen de error 5% (0.005)

Z = Nivel de confianza (1,96)²

6.5. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos empleadas en el presente estudio son, la observación directa, mediante la cual logramos registrar información verídica sobre el comportamiento del fenómeno estudiado y a su vez nos facilitó establecer conclusiones en torno al problema. De igual manera, utilizamos la realización de encuestas como complemento principal para la obtención de datos fidedignos y para su posterior representación de forma cuantitativa.

6.6. Instrumento de recolección de datos

Nuestro proyecto de investigación se basó en la aplicación de dos instrumentos dirigidos hacia nuestros sujetos de estudio, iniciando con el Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes, desarrollado con la finalidad de evaluar las prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus, el cual consta de 14 preguntas, con respuestas tipo Likert que van en del 0 al 7.

Para la interpretación de resultados se delimitó como punto de corte de 3,5, siendo las respuestas menores o iguales a esta como inadecuadas, con un Alfa de Cronbach de 0.78, con puntuaciones de 0-98 donde las más altas indican mayor autocuidado.

De igual forma se utilizó la Escala de Clasificación de Wagner-Merrit, considerando que es la más empleada al momento de diagnosticar úlceras en pie diabético, su objetivo principal es determinar el grado de la herida según su profundidad siendo 0 (Ninguna. Pie de riesgo), 1 (Úlceras superficiales), 2 (Úlceras profundas), 3 (Úlceras profundas + absceso), 4 (Gangrena limitada) y 5 (Gangrena extensa).

6.7. Aspectos éticos

Este trabajo de investigación se sustentó mediante la aprobación del anteproyecto por el Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, además de la recepción de documentos legales por parte del Distrito 24D02 entidad al mando del Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez, mismos que redactan la autorización para la aplicación del proyecto en dicha institución de salud.

Del mismo modo, una vez obtenidos los permisos respectivos para el desarrollo de nuestra investigación, procedimos con la aplicación del consentimiento informado, dirigido hacia los pacientes, el cual nos proporciona respaldo legal con el que se evidencia la participación libre y voluntaria de nuestros sujetos de estudio, además cumplimos con brindarles la información necesaria y los lineamientos de la investigación.

CAPITULO IV

7. Presentación de resultados

7.1. Análisis e interpretación de resultados

Tabla 6

Grado de la Úlcera

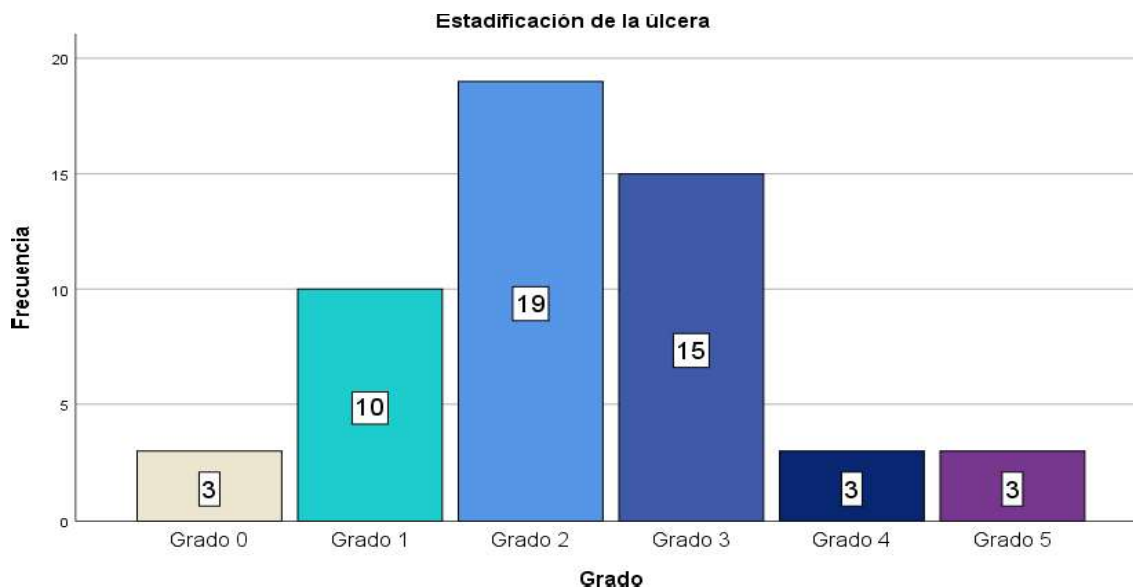
		Grado de la Úlcera			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grado 0	3	5,7	5,7	5,7
	Grado 1	10	18,9	18,9	24,5
	Grado 2	19	35,8	35,8	60,4
	Grado 3	15	28,3	28,3	88,7
	Grado 4	3	5,7	5,7	94,3
	Grado 5	3	5,7	5,7	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Fuente: Escala de Clasificación de Wagner-Merrit aplicada a los pacientes del Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez

Elaborado por: González Coral Eliana Lissette

GRÁFICO. - 1

Estadificación de la Úlcera



Fuente: Escala de Clasificación de Wagner-Merrit aplicada a los pacientes del Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez

Elaborado por: González Coral Eliana Lissette

Análisis: En cumplimiento a nuestro primer objetivo específico, que es “Identificar el grado de lesiones de pie diabético en adultos mayores”, hemos reflejado mediante valores porcentuales, los grados con mayor prevalencia, a través de la aplicación de la Escala de Clasificación de Wagner-Merrit, siendo el Grado 2 con 19 personas en un 34%, seguido del grado 3 con 16 personas (30%), continuando con el Grado 1 con 10 individuos representando el 20%, lo cual nos indica el nivel ascendente en el que se direccionan los pacientes con lesiones en cuanto al grado de complejidad de las mismas.

Tabla 7

Nivel de Autocuidado

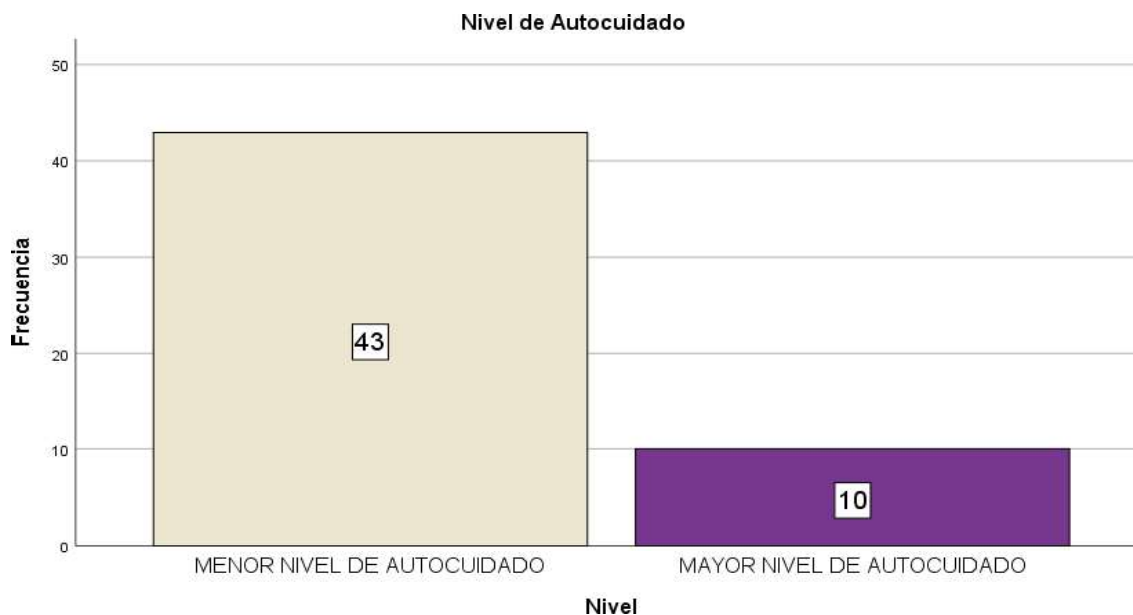
		Nivel de Autocuidado			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MENOR NIVEL DE AUTOCUIDADO	43	81,1	81,1	81,1
	MAYOR NIVEL DE AUTOCUIDADO	10	18,9	18,9	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Fuente: Escala Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA) aplicada a los adultos mayores del Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez.

Elaborado por: González Coral Eliana Lissette

GRÁFICO.- 2

Nivel de Autocuidado



Fuente: Escala Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA) aplicada a los adultos mayores del Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez.

Elaborado por: González Coral Eliana Lissette

Análisis: En cumplimiento a nuestro segundo objetivo específico “Evaluar el nivel de autocuidado en adultos mayores. Hospital Básico Dr. José Garcés Rodríguez. 2021”, utilizamos el instrumento Resumen de Actividades de Autocuidado el cual, a través de los datos recolectados nos refleja que el menor nivel de autocuidado es aquel con mayor prevalencia en nuestros sujetos de estudio ya que representa el 81.1% (43 pacientes), mientras que solo el 18.9% (10 pacientes) demuestran tener un nivel de autocuidado mayor, lo cual nos indica el gran déficit existente de prácticas y conocimientos por parte de nuestros usuarios en cuanto al manejo de su patología,

Tabla 8

Medidas de Correlación entre las Dimensiones del Autocuidado y el Grado de las Lesiones del pie Diabético

		Chi-Cuadrado Significación asintótica	V de Cramer
Dimensiones del Autocuidado	Dieta	0,091	n/a
	Ejercicio	0,005	0,566
	Control Glicémico	0,000	0,766
	Cuidado de los Pies	0,002	0,599
	Tabaco	n/a	n/a
	Control de la Medicación	0,007	0,547

Análisis: En respuesta al objetivo específico 3, el mismo que se pretendió correlacionar las dimensiones del autocuidado y el grado de lesión del pie diabético, se logró determinar mediante las pruebas de chi cuadrado que cuatro de las seis dimensiones del autocuidado evaluadas presentaron una relación con el grado de lesiones del pie diabético, destacando que el control glicémico y el cuidado de los pies tuvieron mayor preponderancia con significaciones asintóticas de 0,000 y 0.002 respectivamente, en contraste con la dieta la misma que no presento cifras de correlación debido a que se generaron valores de significación de 0,091; cabe acotar que la dimensión denominada Tabaco no se pudo valorar debido a que todos los usuarios evaluados negaron el hábito tabáquico.

Asimismo, se valoró la intensidad de la influencia del autocuidado en los grados de lesión del pie diabético mediante la determinación de la V de Cramer, corroborándose que la única dimensión que presentó una intensidad de asociación alta fue el control glicémico, reflejado en valores de 0,766, mientras que las dimensiones Ejercicio, Cuidado de las pies y Control de la medicación presentaron una intensidad media encontrándose en cifras de entre 0,547 – 0,599.

Tabla 9

Grado de la Úlcera - Nivel de Autocuidado

Tabla cruzada Grado de la Úlcera*Nivel de Autocuidado

Recuento

		Nivel de Autocuidado		Total
		MENOR NIVEL DE AUTOCUIDADO	MAYOR NIVEL DE AUTOCUIDADO	
Grado de la Úlcera	Grado 0	0	3	3
	Grado 1	10	0	10
	Grado 2	18	1	19
	Grado 3	13	2	15
	Grado 4	1	2	3
	Grado 5	1	2	3
Total		43	10	53

Tabla 10

Pruebas de Chi Cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,778 ^a	5	,000
Razón de verosimilitud	24,082	5	,000
N de casos válidos	53		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,57.

Tabla 11

Medidas Simétricas

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,711	,000
	V de Cramer	,711	,000
N de casos válidos		53	

Tabla 12

Pruebas de Chi - Cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,497 ^a	5	,091
Razón de verosimilitud	10,805	5	,055
N de casos válidos	53		

a. 7 casillas (58,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,47.

Tabla 13

Medidas Simétricas

Medidas simétricas

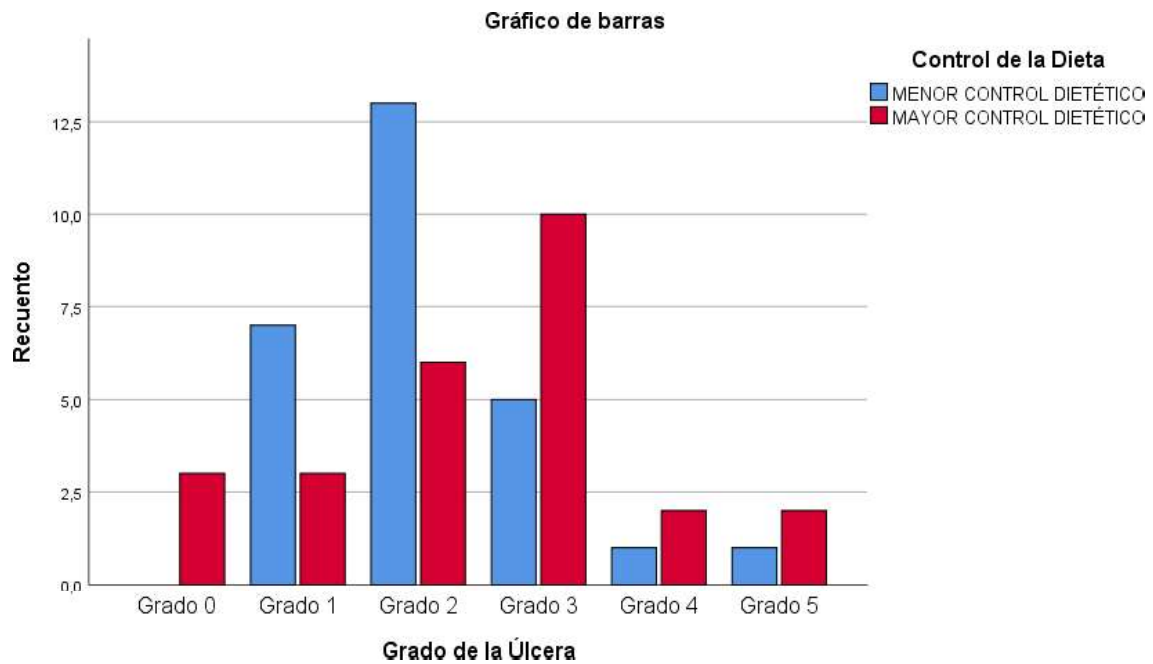
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,423	,091
	V de Cramer	0,423	,091

N de casos válidos

53

GRÁFICO. - 3

Grado de la Úlcera - Control de la Dieta



Fuente: Escala Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA) aplicada a los adultos mayores del Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez.

Elaborado por: González Coral Eliana Lissette

Tabla 14

Grado de la Úlcera - Realización de Ejercicio

Tabla cruzada

Recuento

		Realización de Ejercicio		Total
		MENOR CONTROL CON EL EJERCICIO	MAYOR CONTROL CON EL EJERCICIO	
Grado de la Úlcera	Grado 0	2	1	3
	Grado 1	10	0	10
	Grado 2	19	0	19
	Grado 3	15	0	15
	Grado 4	3	0	3
	Grado 5	3	0	3
Total		52	1	53

Tabla 15

Pruebas de Chi - Cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,987 ^a	5	0,005
Razón de verosimilitud	6,103	5	,296
N de casos válidos	53		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

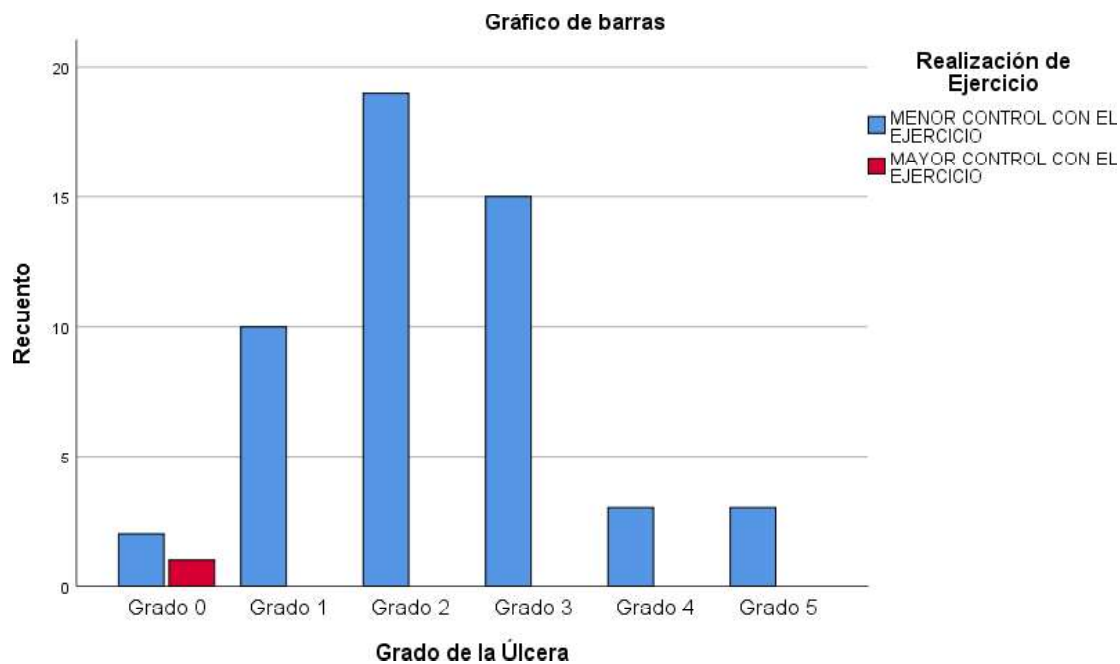
Tabla 16

Medidas Simétricas

Medidas simétricas		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,566	,005
	V de Cramer	0,566	,005
N de casos válidos		53	

GRÁFICO. - 4

Grado de la Úlcera – Realización de Ejercicio



Fuente: Escala Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA) aplicada a los adultos mayores del Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez.

Elaborado por: González Coral Eliana Lissette

Tabla 17*Grado de la Úlcera - Control de Glicemia***Tabla cruzada**

Recuento

		Control de la Glicemia		Total
		MENOR CONTROL GLICÉMICO	MAYOR CONTROL GLICÉMICO	
Grado de la Úlcera	Grado 0	0	3	3
	Grado 1	10	0	10
	Grado 2	18	1	19
	Grado 3	13	2	15
	Grado 4	0	3	3
	Grado 5	2	1	3
Total		43	10	53

Tabla 18*Pruebas de Chi - Cuadrado***Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,133 ^a	5	0,000
Razón de verosimilitud	27,901	5	,000
N de casos válidos	53		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,57.

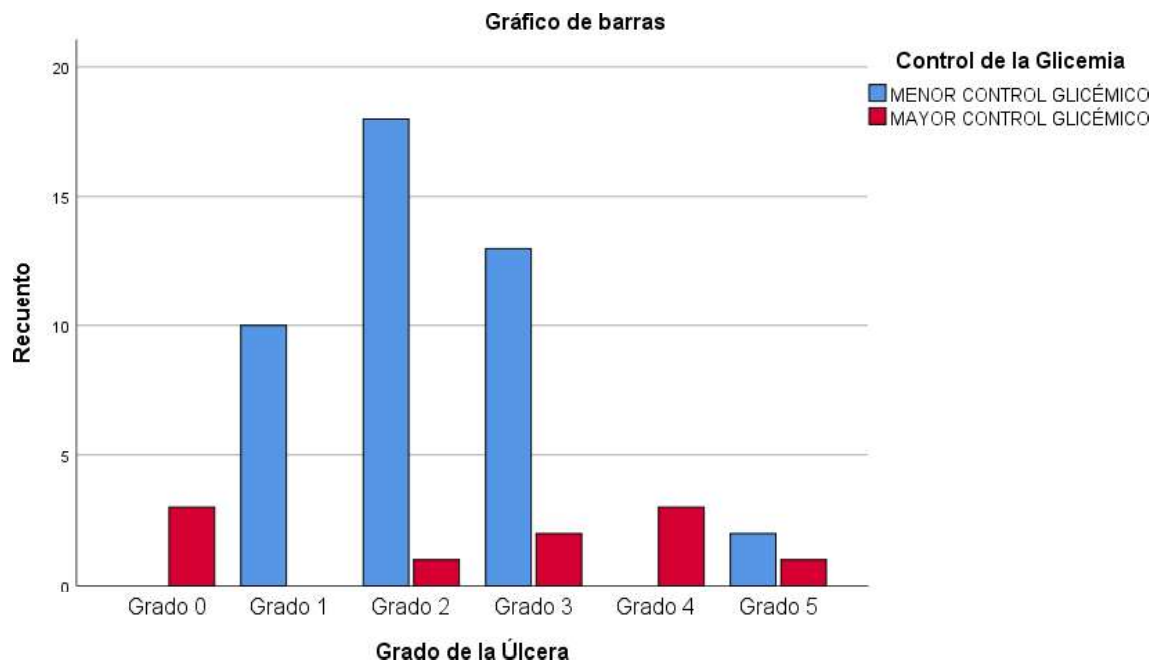
Tabla 19

Medidas Simétricas

Medidas simétricas		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,766	,000
	V de Cramer	0,766	,000
N de casos válidos		53	

GRÁFICO. - 5

Grado de la Úlcera - Control de la Glicemia



Fuente: Aplicación de instrumentos a los adultos mayores del Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez.

Elaborado por: González Coral Eliana Lissette

Tabla 20

Grado de la Úlcera - Cuidado de los Pies

Tabla cruzada

Recuento

		Cuidado de los Pies		Total
		MENOR CUIDADO DE LOS PIES	MAYOR CUIDADO DE LOS PIES	
Grado de la Úlcera	Grado 0	0	3	3
	Grado 1	8	2	10
	Grado 2	19	0	19
	Grado 3	11	4	15
	Grado 4	2	1	3
	Grado 5	3	0	3
Total		43	10	53

Tabla 21

Pruebas de Chi - Cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,031 ^a	5	0,002

Razón de verosimilitud	20,111	5	,001
N de casos válidos	53		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,57.

Tabla 22

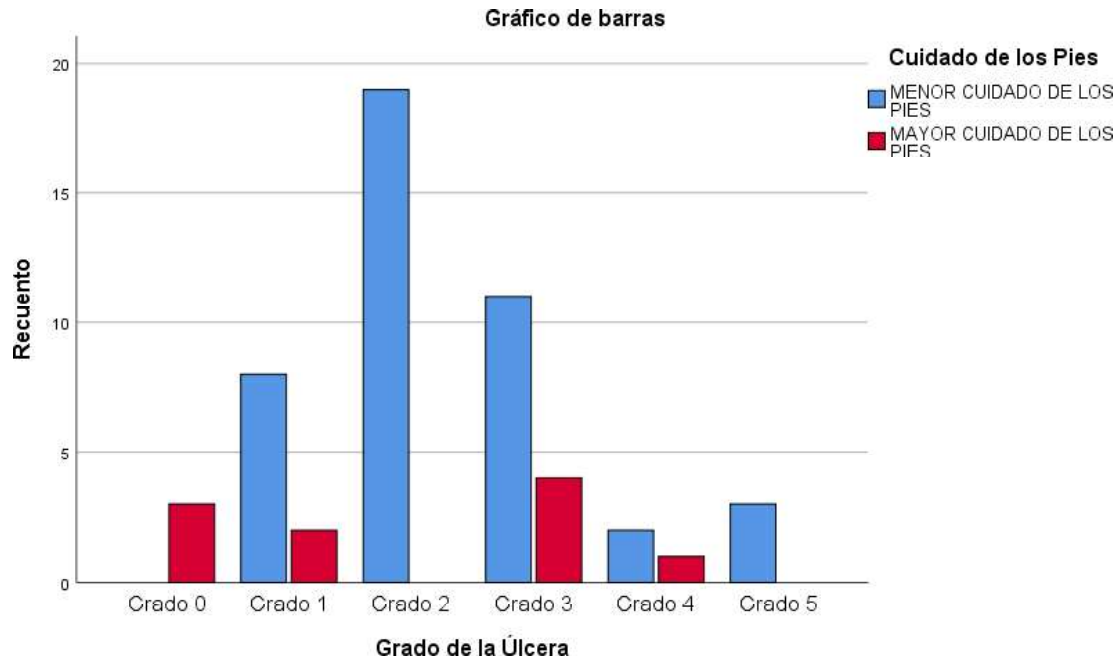
Medidas Simétricas

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,599	,002
	V de Cramer	0,599	,002
N de casos válidos		53	

GRÁFICO. - 6

Grado de la Úlcera - Cuidado de los Pies



Fuente: Aplicación de instrumentos a los adultos mayores del Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez.

Elaborado por: González Coral Eliana Lisette

Tabla 23

Grado de la Úlcera - Control del Tabaquismo

Tabla cruzada

Recuento

		Control del Tabaquismo	Total
		MENOR CONTROL DEL TABAQUISMO	
Grado de la Úlcera	Grado 0	3	3

	Grado 1	10	10
	Grado 2	19	19
	Grado 3	15	15
	Grado 4	3	3
	Grado 5	3	3
Total		53	53

Tabla 24

Pruebas de Chi - Cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	53

a. No se han calculado estadísticos porque Control del Tabaquismo es una constante.

Tabla 25

Medidas Simétricas

Medidas simétricas

	Valor
Nominal por Nominal Phi	. ^a
N de casos válidos	53

a. No se han calculado estadísticos porque Control del Tabaquismo es una constante.

Tabla 26*Resumen de Procesamiento de Casos***Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Grado de la Úlcera * Control de la Medicación	53	100,0%	0	0,0%	53	100,0%

Tabla 27*Grado de la Úlcera - Control de la Medicación***Tabla cruzada Grado de la Úlcera*Control de la Medicación**

Recuento

		Control de la Medicación		Total
		MENOR CONTROL DE LA MEDICACIÓN	MAYOR CONTROL DE LA MEDICACIÓN	
Grado de la Úlcera	Grado 0	1	2	3
	Grado 1	9	1	10
	Grado 2	16	3	19
	Grado 3	8	7	15
	Grado 4	0	3	3
	Grado 5	3	0	3
Total		37	16	53

Tabla 28*Pruebas de Chi - Cuadrado*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,865 ^a	5	0,007
Razón de verosimilitud	17,298	5	,004
N de casos válidos	53		

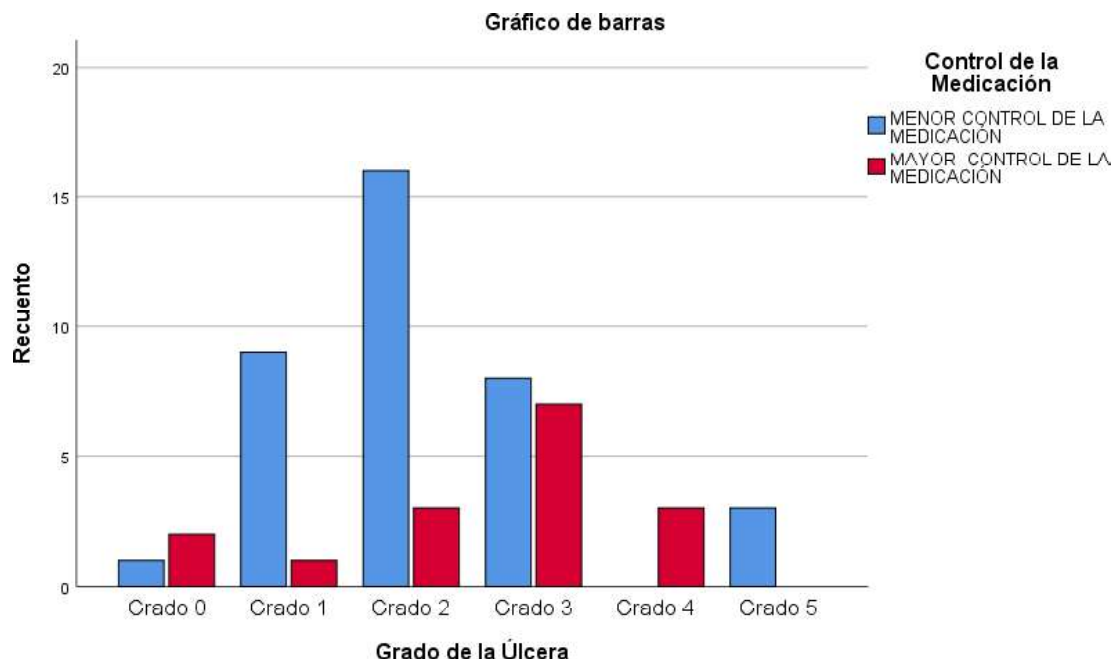
a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,91.

Tabla 29*Medidas Simétricas***Medidas simétricas**

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,547	,007
	V de Cramer	0,547	,007
N de casos válidos		53	

GRÁFICO. - 7

Grado de la Úlcera - Control de la Medicación



Fuente: Aplicación de instrumentos a los adultos mayores del Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez.

Elaborado por: González Coral Eliana Lisette

7.2. Comprobación de hipótesis

En base a los resultados obtenidos mediante la recolección y tabulación de datos, la cual fue posible por la aplicación de nuestros instrumentos, conseguimos comprobar que, efectivamente las conductas de autocuidado influyen en las lesiones de pie diabético de los adultos mayores, como se evidencia a través de las respuestas otorgadas por los participantes, mismas que demuestran cifras elevadas tanto en el bajo nivel de autocuidado como en el grado avanzado de las lesiones identificadas.

7.3. Conclusiones

El desarrollo del presente trabajo investigativo, nos permite concluir que, el autocuidado influye significativamente en el grado de lesiones en los adultos mayores del

Hospital Básico de Salinas Dr. José Garcés Rodríguez, como se logró determinar mediante las pruebas de chi cuadrado que cuatro de las seis dimensiones del autocuidado evaluadas presentaron una relación con el grado de lesiones del pie diabético, del mismo modo se evidenciaron los grados de lesiones con mayor prevalencia en nuestro subgrupo de estudio, siendo el Grado dos y el tres aquellos con cifras más elevadas.

En consecuencia, se evidencio que el bajo nivel de autocuidado es contraproducente en un adulto mayor con diabetes mellitus, ya que favorecerá la aparición de lesiones de pie diabético. Finalmente, podemos mencionar que. tomando en cuenta que nuestros sujetos de estudio forman parte de la población vulnerable, la presencia de las mismas ocasionará un declive en la calidad de vida de los pacientes afectados.

7.4. Recomendaciones

Aumentar las estrategias de promoción y prevención en los Hospitales y Centros de Salud a nivel provincial, con la finalidad de mejorar o aumentar los niveles de conocimiento de la población diabética en cuanto al manejo y tratamiento de su patología, para que de esta manera consigan disminuir los riesgos de desarrollar cualquier tipo de complicación.

Poner énfasis en los procesos de captación y seguimiento de los pacientes recientemente diagnosticados con diabetes mellitus, con el objetivo de proporcionarles toda la información necesaria en cuanto a los signos, síntomas, etiología y posibles complicaciones de dicha patología y de esta manera controlar el desarrollo de la enfermedad desde el inicio.

Del mismo modo, es importante utilizar el autocuidado como principal estrategia de promoción y prevención para la salud, ya que la práctica correcta del mismo determinará la salud de cada individuo, por lo tanto, es de suma importancia que el personal de enfermería especialmente brinde esta educación a los pacientes, ya que será aquel con mayor contacto directo con la comunidad en general.

8. Referencias bibliográficas

- Andrade, E. (2019). *Complicaciones según la escala de Wagner Meerit en pacientes con diabetes insulino dependiente*. Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/43016/1/CD%202792-%20ANDRADE%20BUENAVENTURA%20EVELYN%20CRISTINA.pdf>
- Cancio, C., Ruíz, A., & Alarcó, G. (2019). *Autocuidado: Una aproximación teórica al concepto* (Vol. 20). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
- Cañarte, G. (2019). La diabetes como afectación grave se presenta con complicaciones típicas. *Revista científica. Dominio de las ciencias*, 5. Obtenido de <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/856>
- Código Orgánico de Salud. (2016). Quito. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD_248332rivas_248332_355600.pdf
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Fernández, M., Álvarez, R., & Vigil, C. (2020). El pie diabético: Etiología y tratamiento. *NPunto*, III(29). Obtenido de <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5f33c6110eb01art4.pdf>
- Garcés, M., & Lindao, S. (2020). Escala de Likert en el nivel de conocimiento de Diabetes Tipo II en la Provincia de Santa Elena. *Revista de Ciencias Pedagógicas e Innovación*, VIII(1). doi:<https://dx.doi.org/10.26423/rcpi.v8i1.346>
- García, A. (2016). El pie diabético en cifras. Apuntes de una epidemia. *Revista médica electrónica*, 38. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400001
- García, A. (2016). El pie diabético en cifras. Apuntes de una epidemia. *Revista médica electrónica*, 38. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400001
- García, A., Febles, R., & Moliner, M. (2016). Identificación de los factores de riesgo que conducen al desarrollo de las lesiones neuropáticas ulceradas. *Revista Cubana de Angiología*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubangcirvas/cac-2016/cac161d.pdf>
- González, H., Berenguer, M., Mosquera, A., Quintana, M., Raquel, S., & Verdú, J. (2018). Clasificaciones en lesiones de pie diabético II. El problema permanece. *Gerokomos*, 29. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400197
- León, M., & Pachito, M. (2019). *Influencia del autocuidado en la cicatrización de lesiones de pie diabético*. Obtenido de

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/44623/1/1365-TEISIS-LEON-PACHITO.pdf>

- Morales, A., Rosas, G., Paredes, Y., & Rosero, M. (2016). Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años. *41*. Obtenido de <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2016/01-2016-06.pdf>
- OMS. (2018). *Envejecimiento y Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud . (2021). *Diabetes* . Suiza. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Pérez, N., & Amezcua, M. (2017). Entre la disociación y la armonía: la compleja relación entre la teoría y la práctica enfermera. *Index de Enfermería*. Obtenido de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v26n4/2641.php>
- Pilar, G. (2016). *Tesis doctoral, análisis de la problemática del pie diabético en la comunidad de Valencia*. Obtenido de <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/54432/TEISIS%20PILAR%20NIETO%20GIL.pdf?sequence=1>
- Quinaucho, D. (2019). *Teoría de Dorothe Orem proceso de atención de enfermería aplicado al autocuidado del adulto mayor diabético*. Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22172/1/%E2%80%99CTEOR%20C3%8DA%20DE%20DOROTHEA%20OOREM-%20PROCESO%20ATENCI%20C3%93N%20DE.pdf>
- Ramos, G. (2018). *Capacidades de autocuidado, autocuidado y lesiones de la piel en adultos con diabetes mellitus tipo 2*. Obtenido de <http://eprints.uanl.mx/16162/1/1080290201.pdf>
- Rodríguez, J. (2017). *Influencia del apoyo social funcional en la calidad de vida de los pacientes* . Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3696>
- Sánchez, H., Reyes, C., & Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Lima. Obtenido de <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Suárez, R., & Calvopiña, T. (2018). *Autocuidado en adultos mayores con pie diabético*. Ecuador . Obtenido de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4215/1/AUTOCUIDADO%20EN%20PACIENTES%20ADULTOS%20MAYORES%20CON%20PIE%20DIABETICO.pdf>

9. Anexos

9.1. Anexo N° 1. Solicitud de permiso para la aplicación de instrumento evaluativo



Facultad de
Ciencias Sociales y de la Salud
Enfermería

Oficio N° 553-CE-UPSE-2021
La Libertad, 12 de agosto de 2021

Señora Doctora
Wendy Cochea Perero
DIRECTORA DISTRITAL 24D02 LA LIBERTAD – SALINAS SALUD
En su despacho. –

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte de quienes conformamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciada en Enfermería a la estudiante:

N°	TÍTULO	ESTUDIANTES	
		NOMBRE	CECULA
1	AUTOCLUIDADOS QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES DE PIE DIABÉTICO EN ADULTOS MAYORES, HOSPITAL BÁSICO DE SALINAS DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ, 2021	GONZÁLEZ CORAL ELIANA LISSETTE	2450635921

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondiente y levantamiento de información dentro de la institución a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Por la atención que se sirvan brindar a la presente, reitero a ustedes mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



ALICIA CERCADO
CERCADO MANCERO

Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA

Cc: Archivo
ACM/PRS

9.2. Anexo N° 2 Aceptación de solicitud por parte del Distrito Zonal



Coordinación Zonal 5 – Salud
Dirección Distrital 24D02 La Libertad – Salinas Salud

Memorando Nro. MSP-CZS5-SE-24D02-2021-5812-M

Salinas, 13 de agosto de 2021

PARA: Sr. Dr. Jose Alberto Zambrano Moreno
Responsable Distrital de Provisión y Gestión de la Calidad de Servicios de Salud

ASUNTO: UPSE - CARRERA DE ENFERMERIA; Solicitud de autorización para realizar trabajo de titulación al estudiante GONZALEZ CORAL ELIANA LISSETTE

De mi consideración:

Adjunto al presente sírvase encontrar documento suscrito por la PhD. Alicia Cercado Mancero - Directora de la Carrera de Enfermería UPSE, mediante el cual solicita autorizar el ingreso a las áreas correspondientes para el levantamiento de información a la estudiante GONZALEZ CORAL ELIANA LISSETTE, a fin de desarrollar trabajo de investigación previo a la obtención de título de licenciada en enfermería.

Particular que comunico para su revisión e informe respectivo acorde a normativas establecidas en plazo no mayor a 48 horas para informa a ciudadana interesada al respecto.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Mgs. Wendy Esmeralda Cochea Pesero
DIRECTORA DISTRITAL 24D02 LA LIBERTAD - SALINAS SALUD

Referencias:
- MSP-CZS5-SE-24D02-VU/AU-2021-0951-E

Anexos:
-
dE0-vuu-2021-0951-e_upse_carrera_de_enfermeria_solicitud_autorizacion_trabajo_de_investigacion.pdf

Copia:
Sra. Mgs. Alicia Gabriela Cercado Mancero

9.3. Anexo N° 3. Consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE
INVESTIGACIÓN “AUTOCUIDADOS QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES DE
PIE DIABÉTICO EN ADULTOS MAYORES. HOSPITAL BÁSICO DE SALINAS
DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ”**

Lugar y fecha: _____

Yo, _____ con número de cédula
_____, habiendo entendido en su totalidad la finalidad que rige la
investigación, acepto participar voluntariamente, la cual es conducido por parte de la
estudiante de la Carrera de Enfermería – Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud –
Universidad Estatal Península de Santa Elena, coordinado por la Lcda. Zully Díaz Alay, he
sido informado (a) de que la meta de estudio es **AUTOCUIDADOS QUE INFLUYEN EN
LAS LESIONES DE PIE DIABÉTICO EN ADULTOS MAYORES. HOSPITAL
BÁSICO DE SALINAS DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ**

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una
entrevista, en lo cual se tomará 15 minutos; y a participar con las actividades que se realizarán
según el cronograma establecido.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de la investigación es
estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este
estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el
proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo si así lo decido, sin que
esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en
este estudio puedo contactar al miembro de la investigación del proyecto.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que
puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

9.4. Anexo N° 4. Instrumento. Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes

Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA)

Las siguientes serán preguntas acerca de sus actividades para el auto-cuidado de su diabetes en **los últimos 7 días**. Si usted estuvo enfermo/a durante los últimos 7 días, por favor piense en 7 días consecutivos y anteriores en que estuvo bien de salud. Por favor conteste las preguntas honestamente y lo más preciso posible marcando con una **X** su respuesta.

EDAD: ___ GÉNERO: Masculino ___ Femenino ___ DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____ TIEMPO CON EL DIAGNÓSTICO: _____ OCUPACIÓN: _____

DIETA (GENERAL)

1.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS ha consumido una alimentación saludable?

0 1 2 3 4 5 6 7

2.- En promedio, en el mes pasado, ¿Cuántos DÍAS A LA SEMANA ha consumido una alimentación saludable?

0 1 2 3 4 5 6 7

DIETA (ESPECÍFICA)

3.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió cinco o más porciones de frutas y verduras?

0 1 2 3 4 5 6 7

4.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió alimentos ricos en grasa como carne roja o productos lácteos que contienen grasa?

0 1 2 3 4 5 6 7

5.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS incluyó dulces o postres en sus comidas?

0 1 2 3 4 5 6 7

ACTIVIDAD FÍSICA

6.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en al menos 30 minutos de actividad física? (Total de minutos de actividades continuas, como caminar).

0 1 2 3 4 5 6 7

7.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en una sesión de ejercicio específico (como nadar, caminar, montar en bicicleta) diferente a lo que se hace normalmente en la casa o como parte de su trabajo?

0 1 2 3 4 5 6 7

EXÁMENES DE NIVELES DE AZÚCAR EN LA SANGRE

8.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se practicó una glucometría?

0 1 2 3 4 5 6 7

9.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se practicó una glucometría la cantidad de veces recomendada por su médico tratante?

0 1 2 3 4 5 6 7

CUIDADOS DE LOS PIES

10.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS revisó sus pies?

0 1 2 3 4 5 6 7

11.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS inspeccionó sus zapatos por dentro?

0 1 2 3 4 5 6 7

12.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se secó entre los dedos después de lavarse los pies?

0 1 2 3 4 5 6 7

MEDICAMENTOS

13.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomó sus medicamentos recomendados para la diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

14.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS aplicó las inyecciones de insulina recomendadas?

0 1 2 3 4 5 6 7

15.- ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomo el número de pastillas recomendadas para la diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

TABAQUISMO

16.- ¿Ha fumado usted cigarrillos, incluyendo hasta una sola aspiración durante los últimos SIETE DÍAS?

0. NO 1. SI

17.- ¿Cuántos cigarrillos fumó en promedio por día?

Escriba el número de cigarrillos:

18.- ¿Cuánto fue la última vez que fumó cigarrillo?

Hace más de dos años o nunca fumé	<input type="checkbox"/>	Hace uno o dos años	<input type="checkbox"/>
Hace cuatro a doce meses	<input type="checkbox"/>	Hace uno a tres meses	<input type="checkbox"/>
Durante el último mes	<input type="checkbox"/>	Hoy	<input type="checkbox"/>

¡Gracias por su participación!

9.5. Anexo N° 5. Escala de Wagner – Merrit

GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna. Pie de riesgo.	Hiperqueratosis, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra y deformidades óseas.
1	Úlceras superficiales.	Destrucción total del espesor de la piel.
2	Úlceras profundas.	Penetra en piel, grasa y ligamentos pero sin afectar hueso. Infeccionada.
3	Úlceras profundas + absceso.	Extensa y profunda, secreción y mal olor. Existencia de osteomielitis.
4	Gangrena limitada.	Necrosis de parte del pie (dedos, talón, planta).
5	Gangrena extensa.	Todo el pie afectado, efectos sistémicos.

9.6. Anexo N° 6. Cronograma de Actividades

TEMA DE INVESTIGACIÓN “AUTOCIDADOS QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES DE PIE DIABÉTICO EN ADULTOS MAYORES. HOSPITAL BÁSICO DE SALINAS DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ. 2021” AUTORA: SRA. GONZÁLEZ CORAL ELIANA LISSETTE.

Cronograma de Actividades del Proyecto de Investigación.		Periodo Mayo 2021 – Septiembre 2021																																														
		Horas	Mayo					Junio					Julio					Agosto					Septiembre.																									
			sem 3	sem 4	sem 1	sem 2	sem 3	sem 4	sem 5	sem 1	sem 2	sem 3	sem 4	sem 5	sem 1	sem 2	sem 3	sem 4	sem 5	sem 1	sem 2	sem 3	sem 4	sem 5	sem 1	sem 2	sem 3																					
N°	Actividades:	19-24	24-29	2-4	9-10	14	22-23	23-24	24-25	28-29	29-30	30-31	1-2	4-5	6-7	8-9	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	26-27	28-29	1	4-5	6-7	8-9	10	11-12	13-14	15	18-19	20-21	22	25-26	27-28	2	17									
1	Selección y aprobación del tema de investigación.	6 H																																														
2	Socialización del instrumento a aplicar en la investigación	2 H																																														
3	Socialización del proyecto de investigación con la población en estudio	14 H																																														
4	Visita 1 para recolección de información general para el estudio	24 H																																														
5	Asignación de tutor	1 H																																														
6	Socialización de la autorización con el departamento de investigación del HBJGR	4 H																																														
7	Introducción, planteamiento y enunciado del problema	36 H																																														

9.7. Anexo N° 7 Evidencia Fotográfica



Ilustración 1: Explicación del Consentimiento Informado al paciente



Ilustración 2: Aplicación de los instrumentos

9.8. Anexo 8. Certificado Antiplagio



La Libertad, 18 de Septiembre de 2021

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

008-TUTOR ZDA-2021

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado "AUTOCUIDADOS QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES DE PIE DIABÉTICO EN ADULTOS MAYORES. HOSPITAL BÁSICO DE SALINAS DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ, 2021", elaborado por la estudiante GONZÁLEZ CORAL ELIANA LISSETTE, egresada de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio IIRKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente trabajo de titulación ejecutada, se encuentra con 2% de la valoración permitida, por consiguiente se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

Lic. Dra. Alay Zully, MSc.

C.I: 0922503131

DOCENTE TUTOR





Reporte Urkund.

URKUND

Document: TENDENCIA DE TENDENCIA EL MANEJO DE LOS DOCUMENTOS (1111111111)

Submitted: 2021-09-14 22:12:11 (05:00)

Submitted by: emanuelcortez17@gmail.com

Receiver: office.upsp@analisis.arkund.com

2% of this approx. 22 pages long document consists of text present in 5 sources.

Fuentes de similitud

Source	Highlights	Similarity
1	https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/handle/123456789/1111111111	98%
2	https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/handle/123456789/1111111111	98%
3	https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/handle/123456789/1111111111	98%
4	https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/handle/123456789/1111111111	98%
5	https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/handle/123456789/1111111111	98%