

Capítulo 6

Depresión y autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2

Félix Gerardo Buichia Sombra¹
María Daniela Varela Romero²
Guadalupe Adriana Miranda Cota³
Liliana Estefanía Ramírez Jaime⁴

<https://doi.org/10.61728/AE20241063>

¹ Profesor e Investigador de Tiempo Completo, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, Sinaloa, México. <https://orcid.org/0000-0001-6650-1762>

² Programa de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, Sinaloa, México. <https://orcid.org/0009-0008-5485-4008>

³ Profesora e Investigadora de Tiempo Completo, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, Sinaloa, México. <https://orcid.org/0000-0002-4322-2215>

⁴ Maestra de Asignatura, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, Sinaloa, México. <https://orcid.org/0000-0002-1008-6843>

Resumen

Introducción: La Diabetes Mellitus Tipo 2 afecta con mayor frecuencia a la población de Adultos Mayores, el estado emocional desempeña un papel preponderante en el proceso de autocuidado. **Objetivo:** Describir la depresión y autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a una unidad de salud pública de primer nivel de atención de Los Mochis, Sinaloa. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal en adultos mayores con diagnóstico médico previo de diabetes mellitus Tipo 2 que asistían a una unidad de salud pública, para medir la depresión se utilizó la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos y el Autocuidado con el Cuestionario de Actividades de Autocuidado. **Resultados:** Se incluyeron a 137 adultos Mayores, el 75 % fueron mujeres, con media de edad de 66.2 (DE = 5.6) años, el 59.1 % tiene estudios de nivel primaria y el 62.0 % vive con pareja. El 38 % de las mujeres tenía síntomas depresivos. En autocuidado se encontró que el 77.4 % se ubicaron en sin prácticas de autocuidado. **Conclusiones:** Existe una frecuencia alta de adultos mayores con síntomas depresivos y que no realizan prácticas de autocuidado, se requieren estrategias de cuidado de enfermería que incluya la salud mental en este grupo de población.

Introducción

La Diabetes Mellitus constituye una condición metabólica crónica caracterizada por la presencia de niveles elevados de glucosa en la sangre, fenómeno conocido como hiperglucemia. Esta enfermedad está vinculada a una deficiencia, ya sea absoluta o relativa, en la producción o acción de la insulina. En específico, la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), previamente denominada como no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, se manifiesta como el resultado de una utilización ineficiente de la insulina por parte del organismo. Este tipo de Diabetes Mellitus está mayormente asociada al exceso de peso corporal, el estilo de vida; la falta de actividad

física y alimentación no saludable, además representa más del 90 % de todos los casos de Diabetes Mellitus (Asociación Americana de Diabetes, 2024; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

La Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2021), estimó que el mundo hay 537 millones de personas que padecen DMT2, lo que representa el 10.5 % de la población, es decir, 1 de cada 10 personas en el mundo vive con DMT2, y provoca más de 6.7 millones de muertes. Lo que equivale a 1 muerte cada 5 segundos, y el costo del tratamiento de la enfermedad ha aumentado \$966 millones en los últimos 15 años. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018), la prevalencia de diagnóstico médico previo de DMT2 en la población mayor de 20 años fue de 10.3 %, y por género, la prevalencia fue mayor en mujeres (11.4 %) que en hombres (9.1 %). Es de destacar que los adultos mayores tenían la proporción más alta de DMT2 previamente diagnosticada médicamente en comparación con otros grupos de edad (27.1 % para mujeres frente a 25.1 % para hombres). Para el estado de Sinaloa, el mismo estudio reportó que el 10.7 % de la población era DMT2.

En lo que respecta al tratamiento, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018) reportó que solo el 86.9 % de los adultos con diagnóstico médico previo de diabetes en el país siguen algún tratamiento farmacológico, siendo los hipoglucemiantes orales los más utilizados como tratamiento para el control de la enfermedad con un 67.1 %. En lo que respecta al control de la glucosa, se estimó que el 68.2 % de los diagnosticados presentó descontrol glucémico (Basto-Abreu et al., 2022), lo que aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones micro y macrovasculares; entre las que se encuentran: infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, la neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina acumulados en el tiempo. Es importante resaltar que la diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal (OMS, 2016)

Además, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), en México se registraron 1 086 743 defunciones, de las cuales el 14 % (151,019) fueron atribuibles a la diabetes. En el análisis de estos datos, se destaca que el 52 % de los fallecimientos, equivalentes a 78 922 casos,

tuvieron lugar en hombres, mientras que el 48 %, correspondiente a 72 094 casos, afectó a mujeres. De los decesos registrados, un significativo 98 %, representado por 144 513 casos, se atribuyó a la diabetes no insulino-dependiente. La tasa de mortalidad relacionada con la diabetes exhibe un patrón preocupante, alcanzando su punto máximo entre 2011 y 2016, experimentando luego un descenso hasta 2019 y nuevamente aumenta en el año 2020. Estos hallazgos reflejan el creciente impacto de la diabetes en la sociedad, delineando una tendencia que demanda una atención significativa debido a las implicaciones en la salud pública. Ante el panorama anterior los adultos mayores podrían estar más expuestos a desarrollar la enfermedad y discapacidad proviene de las deficiencias sensoriales especialmente en los países de ingresos bajos y medianos bajos, la mayoría de los medios rurales.

Las personas adultas mayores, suelen experimentar la coexistencia de enfermedades o discapacidades, fenómeno que está intrínsecamente vinculado con su nivel de bienestar y la exposición a factores de riesgo o protectores acumulados a lo largo de su vida. Este escenario también está influido por las oportunidades y el acceso a servicios de salud y asistencia adecuados que puedan atenuar los impactos de la enfermedad o la discapacidad. A nivel nacional, se observa que entre el 13.7 % y el 27.4 % de los años vividos con discapacidad se registran en personas de 60 años y más. De manera consistente, tanto en hombres como en mujeres y en todos los estados, los trastornos de los órganos de los sentidos, la diabetes mellitus y el dolor de cuello y espalda baja ocupan los tres primeros lugares en esta categoría (Instituto Nacional de Geriátrica, 2017; OMS, 2015).

Es importante destacar que la DMT2 es una enfermedad de alta prevalencia, especialmente en personas adultas mayores de 60 años. En estas etapas de la vida, la enfermedad presenta características distintivas, entre las que se incluyen su prolongado período de evolución, su asociación con otras condiciones crónicas y el uso frecuente de múltiples medicamentos. Para identificar la enfermedad en sus etapas tempranas, es fundamental que la población esté alerta a síntomas indicativos que facilitan su diagnóstico, tales como cansancio, aumento del apetito y sed, pérdida de peso inexplicada, aumento en la frecuencia urinaria y visión borrosa, así como infecciones en la piel de lenta recuperación. Estos síntomas pueden ma-

nifestarse gradualmente y pasar desapercibidos, además de desencadenar alteraciones en el estado de ánimo, como la depresión (Flores-Bello et al., 2018).

La depresión constituye la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez. Si bien la prevalencia de la depresión en la población mexicana de adultos mayores es relativamente baja entre el 1 % y 3 % y la de síntomas depresivos oscila entre el 10 % y 50 % (Ávila-Funes, et al., 2017) se ha evidenciado que tanto la depresión constituye importantes riesgos para la presencia de discapacidad, hospitalizaciones y el ingreso a la institucionalización, con ello se eleva al morbilidad y mortalidad en este grupo de población (OMS, 2015, INGER, 2017). Además, la presencia de DMT2, aumenta dos veces el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad, en comparación con los que no sufren esta condición (Berenzon et al., 2013; Dos Santos et al., 2014). Cabe mencionar que el paciente con DMT2 y con presencia de depresión o ansiedad, repercuten negativamente en el autocuidado y que en última instancia afecta el control de la enfermedad.

Además, la depresión puede ocasionar considerables sufrimientos y perturbar la rutina diaria. La depresión unipolar impacta alrededor del 7 % de la población de personas adultas mayores en general y constituye un 5.7 % de los años vividos con discapacidad en personas de 60 años y más. En los centros de atención primaria de salud, la depresión podría ser no se diagnostica ni se trata de manera adecuada (Cabrera-Cárdenas, 2019; de la Cruz-Mítac et al., 2017). Es común que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores sean pasados por alto y no reciban la atención debida, ya que a menudo se superponen con otros problemas que enfrentan las personas de edad avanzada (OMS, 2017).

Es muy importante que los pacientes con DMT2 realicen actividades de autocuidado como práctica destinada a realizar acciones en beneficio propio para el mantenimiento de la vida, salud y bienestar. El propósito fundamental de estas acciones radica en asegurar el funcionamiento continuo, la vitalidad y la salud, permitiendo así la continuación del desarrollo personal y del bienestar mediante la satisfacción de los requisitos necesarios para las regulaciones funcionales y del desarrollo.

Simplicio-Oliveira et al., (2017) sostienen que las acciones de autocuidado están directamente vinculadas con los aspectos sociales, económicos

y culturales en los que el individuo se encuentra inmerso (Durruthy et al., 2019). Por lo tanto, el autocuidado se considera uno de los componentes fundamentales en el complejo tratamiento que las personas deben asumir. Esto implica que los individuos deben poseer conocimientos y habilidades para desarrollar comportamientos de autocuidado esenciales para el tratamiento y para mantener la calidad del control metabólico, reduciendo así las morbilidades asociadas a las complicaciones de la DMT2 (Carneiro et al., 2020; Gómez-Lopez et al., 2018; Ortega-Oviedo et al., 2019; Sanchez-Marin et al., 2021).

El papel de la enfermería consiste en elevar el nivel de autocuidado o equilibrar la deficiencia de este frente a los trastornos mentales, como la depresión. La gestión adecuada de los cuidados para pacientes con DMT2 requiere un enfoque integral, donde la salud mental desempeña un papel preponderante, donde la continuidad del cuidado, tanto independiente como dependiente, es esencial. El plan de cuidados con enfoque hacia la salud mental. Incluye la evaluación de la calidad de vida de estas personas, la identificación de sus recursos y el fortalecimiento de intervenciones educativas y preventivas (Ferreira et al., 2021). Con base en lo anterior, este estudio se planteó para describir los síntomas depresivos y el nivel de autocuidado en adultos mayores de zonas rurales.

Metodología

En este estudio se utilizó un diseño descriptivo con enfoque transversal. Este diseño fue apropiado para describir las variables de estudio, pues los datos se recolectaron en un momento (Grove y Gray, 2019). La población estuvo conformada por personas adultas mayores hombres y mujeres con DMT2 que acudían a la consulta externa en dos centros de salud del municipio de Ahome. La población total era de 344 personas que asistían para recibir atención médica y control de la enfermedad. El muestreo fue aleatorio simple, la muestra se calculó con el programa NETQUEST, donde se consideró una heterogeneidad del 50 %, un margen de error del 5 % y una confianza del 95 %. Esto arrojó una muestra de 137 participantes. Se excluyó a las personas adultas mayores con deterioro cognitivo y alteraciones visuales y auditivas que incapaciten el contestar el instrumento,

además de aquellas que tenían antecedentes de diagnóstico de depresión. Se eliminó cuestionarios que no se llenaron en su totalidad.

Para recopilar los datos sociodemográficos se utilizó una cédula de datos sociodemográficos que incluyó: edad, sexo, estado civil, ocupación, ingreso económico, recepción de apoyo económico del gobierno y convivencia. La variable de depresión se midió utilizando la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos mediante el CES-D versión actualizada en una muestra geriátrica mexicana (Reyes-Ortega et al., 2003). Contiene 35 reactivos con una escala de cinco puntos, que van de 0-4 que preguntan por los síntomas durante la semana previa y las últimas dos semanas. El posible puntaje oscila entre 0-140 puntos; sin embargo, los autores desarrollaron algoritmos para clasificar en categorías que va desde sin síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor para los puntajes menores a 16 y no incluye síntomas de anhedonia o disforia, hasta la categoría de síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor que es cuando presenta síntomas de anhedonia y disforia durante al menos dos semanas. Los autores reportan validez concurrente en relación con la escala original 93 % de concordancia. El análisis factorial arrojó un factor que explicó 25 % de la varianza. El alpha de Cronbach es de .90 (ReyesOrtega, et al., 2003).

Las actividades de autocuidado fueron medidas a través del cuestionario de actividades de autocuidado (Toobert et al., 2000). El cuestionario constaba de 12 ítems divididos en cinco aspectos principales: dieta, ejercicio, automonitoreo, chequeo de pies y hábito de fumar. En la evaluación, los ítems 1-10; el valor bruto de la suma de las puntuaciones osciló entre 0 y 70 puntos (para el ítem 4 los valores se invirtieron), los valores más altos indicaban mayores actividades de autocuidado. Para el ítem 11, la respuesta era dicotómica (fumaba o no fumaba) y para el ítem 12, se registraba el número de cigarrillos que fumaba al día; estos dos últimos ítems se evaluaron por separado. El Alfa de Cronbach reportado en estudios previos en población mexicana fue de .75. Para fines de este estudio el autocuidado se dicotomizó 1) < 5 días = sin prácticas de autocuidado y 2) ≥ 5 con prácticas de autocuidado (Flores-Perez et al., 2015).

Para la recolección de datos se solicitó la autorización del comité de investigación y ética en investigación de la Universidad Autónoma de Si-

naloa en la Facultad de Enfermería Mochis. Cuando se obtuvo la autorización, se realizaron los trámites administrativos necesarios. Se procedió a las instituciones y, tras obtener la aprobación, se inició la aplicación de los instrumentos. Se aplicaron a adultos mayores de 60 años que cumplieran con los criterios de inclusión. Se abordó a los participantes antes de consultar en su respectiva institución de salud de lunes a viernes. Durante el abordaje, se les solicitó su edad y se indagó acerca de su diagnóstico médico. Los cuestionarios se aplicaron a aquellas personas que contaban con el diagnóstico médico de DMT2 y eran adultos mayores. La secuencia de aplicación de los instrumentos siguió un orden específico: primero la cédula de datos, seguida del cuestionario de depresión y autocuidado. Se explicó a cada participante cómo debían completarlos. Una vez finalizada la aplicación, se revisaron los cuestionarios para asegurarse de que estuvieran llenos en su totalidad. Finalmente, se agradeció a cada participante por su colaboración.

El estudio se adhirió a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis, así como la autorización de la institución de salud donde se llevó a cabo el estudio. Se respetaron en todo momento los derechos y el bienestar de los pacientes a lo largo de la investigación, junto con el respeto por su dignidad y la protección de su privacidad. Para cumplir con estas normas, se utilizó el nombre de la persona durante el estudio, y se explicó que la información proporcionada sería confidencial y de carácter académico. Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 27 para Windows, para dar respuesta al objetivo se utilizó estadística descriptiva.

Resultados

La muestra del estudio estuvo compuesta por 137 adultos mayores con diagnóstico de DMT2, el 74.5 % son mujeres y el 25.5 % son hombres, con edades comprendidas entre los 60 y 85 años ($M = 66.2$, $DE = 5.6$). En la Tabla 1, se observa que el 54 % de la muestra está conformado por adultos mayores de 60 a 65 años, mientras que el 24.8 % corresponde a

adultos mayores de 66 a 70 años. En cuanto a la escolaridad de los participantes, resalta que el 59.1 % cuenta con educación primaria. En relación con el estado civil se encontró que el 62.0 % vive con pareja.

Tabla 1.

Frecuencias y porcentajes de las características sociodemográficas de los participantes

		<i>f</i>	%
Edad	60 a 65 años	74	54.0
	66 a 70 años	34	24.8
	71 a 75 años	19	13.9
	76 y más años	10	7.3
Sexo	Mujer	102	74.5
	Hombre	35	25.5
Escolaridad	Primaria	81	59.1
	Secundaria	35	25.5
	Preparatoria	13	9.5
	Profesional	8	5.8
Estado civil	Vive con pareja	85	62.0
	Vive sin pareja	52	38.0

Nota: $n = 137$, f = frecuencias, % = porcentaje.

En la tabla 2 se presentan los Alpha de Cronbach de los instrumentos que se utilizaron en este estudio, mostrando una confiabilidad aceptable (Grove, Gray y Burns, 2015).

Tabla 2.

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Ítems	Alfa de Cronbach
Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	20	.74
Cuestionario de Resumen de autocuidado	10	.75

Nota: $n = 137$

En la Tabla 3, se exponen las frecuencias y porcentajes de depresión entre los adultos mayores con DMT2 que formaron parte de esta investigación.

Al analizar la distribución por grupos de edad, se destaca que un 40.1 % de los adultos mayores con edades comprendidas entre 60 y 70 años presentaron síntomas depresivos. En cuanto al género, las mujeres representaron el 38.0 % de aquellos que manifestaron síntomas depresivos. En relación con la variable de escolaridad, se observa que el 25.5 % de los adultos mayores con nivel de educación primaria evidenciaron síntomas depresivos.

Tabla 3.

Frecuencias y porcentajes de depresión en adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 por edad, sexo y estado civil

	Depresión				
	Sin síntomas de episodio de depresión		Con síntomas de depresión		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Edad	60 a 70 años	53	38.7	55	40.1
	71 a 80 años	16	11.7	9	6.6
	81 años y más	2	1.5	2	1.5
Sexo	Mujer	50	36.5	52	38.0
	Hombre	21	15.3	14	10.2
Escolaridad	Primaria	46	33.6	35	25.5
	Secundaria	17	12.4	18	13.1
	Preparatoria	3	2.2	10	7.3
	Profesional	5	3.6	3	2.2

Nota: $n = 137$, f = frecuencias, % = porcentaje.

En la tabla 4. se presentan los datos relativos al autocuidado y sus dimensiones entre los participantes. Las frecuencias y porcentajes indican cómo se distribuyen las prácticas de autocuidado en relación con distintas áreas: en el caso del autocuidado: Sin práctica de autocuidado en la categoría de autocuidado general, el 77.4 % (106 de 137) de los participantes no practicaban el autocuidado general.

Tabla 4.

Prácticas de autocuidado de la DMT2 en adultos mayores

		<i>f</i>	%
Autocuidado	Sin práctica de autocuidado	106	77.4
	Con prácticas de autocuidado	31	22.6
Autocuidado; alimentación	Sin práctica de autocuidado	108	78.8
	Con prácticas de autocuidado	29	21.2
Autocuidado; actividad física	Sin práctica de autocuidado	137	100.0
	Con prácticas de autocuidado	0	0.0
Autocuidado; automonitoreo	Sin práctica de autocuidado	137	100.0
	Con prácticas de autocuidado	0	0.0
Autocuidado; monitoreo de la glucosa	Sin práctica de autocuidado	137	100.0
	Con prácticas de autocuidado	0	0.0
Autocuidado; chequeo de pies	Sin práctica de autocuidado	137	100.0
	Con prácticas de autocuidado	0	0.0

Nota: $n = 137$, f = frecuencias, % = porcentaje.

En la tabla 5. se presentan los resultados sobre el autocuidado de DMT2. Los datos se dividen en dos categorías: “Sin prácticas de autocuidado” y “Con prácticas de autocuidado”, y se presentan desglosados por sexo, edad y estado civil, en lo que respecta al sexo, se encontró que el 54 % de las mujeres no realizan prácticas de autocuidado, en relación con la edad se identificó que 40.1 % de las personas entre 60 y 65 años no realizan prácticas de autocuidado de su enfermedad.

Tabla 5.
Prácticas de autocuidado en adultos mayores con DMT2 por edad, sexo y estado civil

Autocuidado de Diabetes Mellitus Tipo 2					
		Con prácticas de autocuidado			
		Sin prácticas de autocuidado		Con prácticas de autocuidado	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo	Mujer	74	54.0	28	20.4
	Hombre	32	23.4	3	2.2
Edad	60 a 65 años	55	40.1	19	13.9
	66 a 70 años	30	21.9	4	2.9
	71 a 75 años	13	9.5	6	4.4
	76 y más años	8	5.8	2	1.5
Estado civil	Vive con pareja	66	48.2	19	13.9
	Vive sin pareja	40	29.2	12	8.8

Nota: $n = 137$, f = frecuencias, % = porcentaje.

Para dar respuesta al objetivo general del estudio se muestra la tabla 6. En esta se presentan los resultados relacionados con la depresión y el autocuidado. Los datos se dividen en dos categorías: “Sin síntomas de episodio de depresión” y “Con síntomas de depresión”, y se analizan en relación con las prácticas de autocuidado: el 43.8 % (60 de 137) de los participantes no presentaban síntomas de depresión y no practicaban el autocuidado relacionado. Por otro lado, en la categoría “Con síntomas de depresión” y “Con prácticas de autocuidado”, el 14.6 % (20 de 137) de los participantes presentaban síntomas de depresión y practicaban el autocuidado.

Tabla 6.
Frecuencias y porcentajes de depresión y autocuidado de adultos mayores con DMT2

		Depresión			
		Sin síntomas de episodio de depresión		Con síntomas de depresión	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Autocuidado	Sin prácticas de autocuidado	60	43.8 %	46	33.6 %
	Con prácticas de autocuidado	11	8.0 %	20	14.6 %

Nota: $n = 137$, f = frecuencias, % = porcentaje.

Discusión

En el presente estudio, se incorporaron 137 adultos mayores que asistían a controles de su DMT2 en dos centros de salud ubicados en el municipio de Ahome. La mayoría de los participantes eran mujeres, y sus edades oscilaban entre los 60 y 85 años. En relación a los años transcurridos desde el diagnóstico de la enfermedad, se observó un rango de 1 a 38 años.

En lo que concierne a los síntomas depresivos, se determinó que el 48.2 % presentaba indicios de estos síntomas. Esta cifra representa un desafío significativo tanto para el sistema de salud como para los pacientes y sus familias. Cabe destacar que se ha reportado que la ausencia de identificación temprana de los síntomas depresivos contribuye a un inadecuado manejo de la diabetes, afectando tanto la calidad de vida del paciente como la de sus familiares. Esto resulta en una mayor demanda de atención hospitalaria y, como resultado, un aumento en los costos sanitarios (Guarneros-Soto et al., 2021).

Para atenuar los síntomas depresivos es importante la conexión social, ya que ayuda a mitigar riesgos como el aislamiento y la soledad. En esta etapa de la vida, participar en actividades sociales significativas puede tener un impacto significativo en la salud mental positiva, la satisfacción con la vida y la calidad de vida, al mismo tiempo que disminuye los síntomas depresivos. Algunas intervenciones efectivas incluyen iniciativas de amistad, grupos comunitarios y de apoyo, capacitación en habilidades sociales, participación en grupos de artes creativas, acceso a servicios de ocio y educación, y participación en programas de voluntariado (OMS, 2023). Es relevante mencionar que en este estudio las mujeres adultas mayores tuvieron mayor frecuencia de presencia de síntomas depresivos, lo cual concuerda con lo reportado en estudios previos (Becerra-Partida et al., 2019; Torres et al., 2014).

Asimismo, se identificó que, en las actividades de autocuidado, el 77.4 % de los adultos mayores no llevaban a cabo estas prácticas. Este hallazgo reviste un interés particular debido a la vulnerabilidad de los adultos mayores con DMT2 ante complicaciones, las cuales aumentan cuando no se implementan medidas de autocuidado. Se sugiere una exploración continua de las variables en el grupo de adultos mayores. Es muy importante

que el programa de atención integral para adultos mayores con DMT2 integre estrategias de salud mental, que contribuyan a mantener un equilibrio emocional y a mejorar las prácticas de autocuidado.

Queda claro que, el acto de autocuidado brinda la oportunidad al adulto mayor con diabetes de tomar decisiones que fomentan el desarrollo de sus habilidades, generando una sensación de valía, independencia, seguridad y capacidad para participar activamente en su autocuidado y prevenir complicaciones. No obstante, esta práctica de autocuidado se ve a menudo condicionada por diversos factores, entre los que se incluyen la edad, el género, el nivel educativo y el tiempo de padecimiento de la enfermedad, todos los cuales son considerados en este estudio (Leitón-Espinoza et al., 2018).

La investigación limitó el tiempo para aplicar los instrumentos, ya que se debían aplicar en dos centros de salud, uno rural y uno urbano, además de la dificultad para contactar a adultos mayores, ya que algunos no asistían a la consulta mensual de control de su enfermedad. Los resultados previos resaltan la imperiosa necesidad de que los profesionales de enfermería diseñen e implementen programas destinados a fortalecer las prácticas de autocuidado entre la población adulta mayor. Este enfoque se erige como un componente esencial para mejorar no solo el estado de salud física de los adultos mayores, sino también para propiciar un entorno propicio que redunde en beneficios para su salud mental.

Referencias

- American Diabetes Association. (2024). Professional Practice Committee; Summary of Revisions: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*, 1(47) S5–S10. <https://doi.org/10.2337/dc24-SREV>
- Basto-Abreu, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., López-Olmedo, N., Cruz-Góngora, V. D. L., ... y Villalpando, S. (2022). *Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México* http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/ResumenEjecutivo_Final_20Oct.pdf
- Becerra-Partida, N. E., Medina Millán, R. y Riquer Arias, D. R. (2019). Depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa DiabetIMSS en Guadalajara, Jalisco, México. *Revista CONAMED*, 24(4), 174-178
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Revista Salud Pública México*, 55(1), 74-80. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>
- Cabrera-Cárdenas, K. Z. (2019). *Niveles de depresión en relación con el tiempo de enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2*. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/4564>
- Carneiro-V., M., Ribeiro da Silva, C. R., Lopes-Pimenta, C. J., Alves-Bezerra, T., Vieira de Lucena, H. K., Valdevino, S. C. y de Freitas Macedo Costa, K. N. (2020). Functional Capacity and Self-care in Older Adults with Diabetes Mellitus. *Aquichan*, 20(3), 1–11. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.2>
- De La Cruz-Mitac, Y. C., Quispe-Llanzo, M., Oyola-García, A., Portugal-Medrano, M., Lizarzaburu-Córdova, E., Rodríguez-Chacaltana, F. y Mejía-Vargas, E. (2017). Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú. *Revista Del Cuerpo Médico Del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 10(4), 205–211. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2017.104.18>
- Dos Santos, M. A., Ceretta, L. B., Réus, G. Z., Abelaira, H. M., Jornada, L. K., Schwalm, M. T., Neotti, M. V., Tomazzi, C. D., Gulbis, K. G., Ceretta, R. A. y Quevedo, J. (2014). Anxiety disorders are associated with

- quality of life impairment in 54 patients with insulin-dependent type 2 diabetes: a case-control study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(4), 298-304. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/jZ8xRxxhJQHJrnhfpZX-BKS9w/?lang=en&format=pdf>
- Durruthy E. L., Medina G. Z., Vega P. J. O., Elias O. Y. H., Durruthy, E. A. (2019). *Autocuidado de la salud diabetológica en adultos mayores del Policlínico Docente "Marcio Manduley Murillo"*, La Habana, 2018. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95169>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018). *Informe de resultados*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/547-en-mexico-12-4-millones-de-personas-viven-con-diabetes>
- Federación Internacional de Diabetes (2021). *Atlas de la diabetes de la IDF*. https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
- Ferreira, G. R. S., Viana, L. R. C., Pimenta, C. J. L., Silva, C. R. R. D., Costa, T. F. D., Oliveira, J. D. S. y Costa, K. N. F. M. (2021). Self-care of elderly people with diabetes mellitus and the nurse-patient interpersonal relationship. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(1), e20201257. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1257>
- Flores-Bello, C., Correa-Muñoz, E., Retana-Ugalde, R. y Mendoza-Núñez, V. M. (2018). Control glucémico relacionado con la autoestima y depresión de adultos mayores con diabetes mellitus en la Ciudad de México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 129-134.
- Flores-Pérez, M. N., Garza-Elizondo, M. E. y Hernández-Cortés, P. L. (2015). Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. Monterrey, México. *Rev. enferm. hereditaria*, 70-74. <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/fr/lil-786430>
- Gómez-López, J., Campero-Vázquez, A., Rivas-Robles, E. y Flores-Rizo, G. (2018). Impacto del autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Higiene y Sanidad Ambiental*, 18(4), 1687-1691. [https://saludpublica.ugr.es/sites/dpto/spublica/public/inline-files/bc5c02c-00c789a1_Hig.Sanid_.Ambient.18.\(4\).1687-1691.\(2018\).pdf](https://saludpublica.ugr.es/sites/dpto/spublica/public/inline-files/bc5c02c-00c789a1_Hig.Sanid_.Ambient.18.(4).1687-1691.(2018).pdf)
- Grove, S. K., y Gray, J.R. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. España: Elsevier. p. 299-308.

- Guarneros-Soto, N., Beatriz, M. Z., del Carmen, R. J. L., Juárez-Martínez, L., Patricia, T. P. M. y Aidé, G. V. E. (2021). Prevalencia de depresión en adultos con diabetes mellitus tipo 2 y factores asociados. *Archivos de Neurociencias*, 26(1), 8-14.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2020). *Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf
- Instituto Nacional de Geriátria. (2017). *Informe de la Carga de la Enfermedad*. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/publicaciones.html>
- Leitón-Espinoza, Z. E., Villanueva-Benites, M. E. y Fajardo-Ramos, E. (2018). Relación entre variables demográficas y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. *Salud Uninorte*, 34(2), 443-454
- National Institute of Mental Health. (2021). *Depression*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial de envejecimiento*. http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_I/UNIDAD_2/Informe.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes*. <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
- Ortega Oviedo, S., Berrocal Narváez, N., Argel Torres, K. y Pacheco Torres, K. (2019). Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Avances En Salud*, 3(2), 2019. <https://doi.org/10.21897/25394622.1848>
- Reyes-Ortega, M., Soto-Hernández, A. L., Milla-Kegel, J., García-Ramírez, A., HubardVignau, L., Mendoza-Sánchez, H., Wagner-Echeagaray, F. (2003). Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos 34 (CES-D). *Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana*. *Salud Mental*, 26(1). file:///C:/Users/Usuario1/Downloads/instrumento%20de%20adulto%20mayr(1)%20(1).pdf
- Sánchez-Marín, K. A., Palacios-Ramírez, M., García-Jurado, Y. A. y Muñoz-Livas, J. F. (2021). Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor

- con Diabetes Mellitus tipo Dos. *Revista Salud y Administración*, 8(22), 33-41. <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/206>
- Secretaría de salud. (2014). *Reglamento de ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Simplício-Oliveira, P., López-Acosta, M. M., López-Ferreira, J. D. y Jácome-Lima, C. L. (2017). Autocuidado en diabetes mellitus. Estudio bibliométrico. *Enferm Glob*, 16(45).
- Toobert, D. J., Hampson, S. E. y Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*, 23(7), 943-950.
- Torres, C., Novik, V., Webar, J., Jiménez, C., Paredes, F. y Marín, X. (2014). Depresión y diabetes: una asociación frecuente. *Bol. Hosp. Viña del Mar*, 157-160.