

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DEL DISTRITO DE CHOTA, 2025**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

BACH. ENF. YOVANA LIZBETH ACUÑA DÍAZ

ASESOR

Dr. RICHARD WILLIAMS HERNÁNDEZ FIESTAS

CHOTA- PERÚ

2025



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

Chota, 12 de noviembre del 2025.

C.O. N° 044-2025-UI-FCCSS

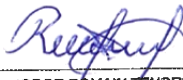
CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **“PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL DISTRITO DE CHOTA, 2025”** elaborado por la **Bachiller en enfermería: Yovana Lizbeth Acuña Díaz**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 9%, sin incluir material bibliográfico, material citado, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes; asimismo, comparado con contenido de páginas web, boletines, periódicos y publicaciones [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Autónoma de Chota.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,




Dr. JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA
Jefe de la Unidad de Investigación
Facultad Ciencias de la Salud
UNACH



Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la
Salud
UNACH

C.c.
Archivo
Cr2025

YOVANA LIZBETH ACUÑA DÍAZ

PARA TURNITIN IFT - PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO 101125.pdf

 TESIS 2025-II

 REVISIÓN DE TESIS 2025-II

 Universidad Nacional Autonoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3407978160

Fecha de entrega

12 nov 2025, 9:06 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

12 nov 2025, 9:09 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

PARA_TURNITIN_IFT_-_PRÁCTICA_DE_AUTOCUIDADO_101125.pdf

Tamaño del archivo

1.0 MB

96 páginas

25.456 palabras

145.572 caracteres




9% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 10% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.unach.edu.pe	2%
2	Internet	hdl.handle.net	1%
3	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
4	Internet	revistamedicasinergia.com	<1%
5	Internet	repository.unab.edu.co	<1%
6	Internet	curateconhierbas.blogspot.com	<1%
7	Internet	repositorio.unibe.edu.do	<1%
8	Internet	repositorio.uandina.edu.pe	<1%
9	Publicación	Tamata Cordova, Nilda Ildaura. "Factores de riesgo y prevalencia de diabetes mel..."	<1%
10	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
11	Internet	idoc.pub	<1%

12	Internet	repositorio.unprg.edu.pe	<1%
13	Internet	riujap.ujap.edu.ve	<1%
14	Internet	libros.cidepro.org	<1%
15	Internet	ciencialatina.org	<1%
16	Publicación	Sánchez Guerrero, Guber Joel. "Percepción y expectativas de los pacientes adulto...	<1%
17	Internet	www.elpais.com.co	<1%
18	Internet	www.researchgate.net	<1%
19	Internet	dspace.ucuenca.edu.ec	<1%
20	Internet	repositorio.upse.edu.ec	<1%
21	Internet	repositorio.usanpedro.edu.pe	<1%
22	Internet	revista.estudioidea.org	<1%
23	Internet	www.slideshare.net	<1%
24	Internet	cienciadigital.org	<1%
25	Internet	oldri.ues.edu.sv	<1%

26	Internet	repositorio.upsjb.edu.pe	<1%
27	Internet	repositorioinstitucional.uaslp.mx	<1%
28	Internet	www.ci.edu.pe	<1%
29	Internet	www.scielo.org.pe	<1%
30	Internet	scielo.isciii.es	<1%
31	Internet	www.samfyc.es	<1%
32	Internet	dediabetes.com	<1%
33	Internet	eprints.uanl.mx	<1%
34	Internet	repositorio.untumbes.edu.pe	<1%
35	Internet	1library.co	<1%
36	Internet	repositorio.unu.edu.pe	<1%
37	Internet	core.ac.uk	<1%
38	Internet	dokumen.pub	<1%
39	Internet	literatura.ciidiroaxaca.ipn.mx:8080	<1%

40

Internet

www.repositorio.unach.edu.pe

<1%



Formato N° 11: Acta de sustentación Informe final de tesis

Siendo las 10:00 horas del día 31 de octubre del año 2025, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) Dr. José Ander Asenjo Alarcón, secretario (a) Dr. Salomón Huamán Quiña, como vocal Dr. José Uberli Herrera Ortiz y como asesor (a) del Informe Final de Tesis el (la) Dr. Richard Williams Hernández Fiestas.

Actuando de conformidad con el Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de Tesis: Prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del distrito de Chota, 2025

presentado por el (los) bachiller (es): Yovana Lizbeth Acuña Díaz y de la Escuela Profesional de Enfermería.

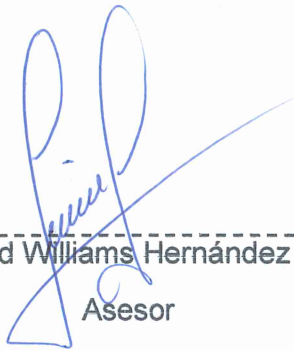
Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó aprobar el Informe Final de Tesis en mención con la calificación de (números y letras): 16 (dieciséis) y con la denominación aprobado con mención honoraria por lo tanto el(la) bachiller(es) puede(n) proseguir con los trámites ulteriores, para la recepción del diploma que le (la) acredite como licenciado (a) en Enfermería.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 11:23 am del 31 de octubre del 2025.

JURADO EVALUADOR	FIRMA
Presidente : - Dr. José Ander Asenjo Alarcón	
Secretario: - Dr. Salomón Huamán Quiña	
Vocal: - Dr. José Uberli Herrera Ortiz	
ASESOR	FIRMA
- Dr. Richard Williams Hernández Fiestas	



COMITÉ CIENTÍFICO



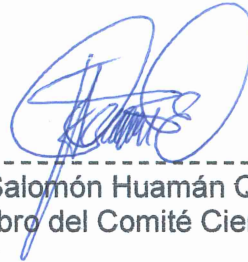
Dr. Richard Williams Hernández Fiestas
Asesor



Dr. José Ander Asenjo Alarcón
Presidente del Comité Científico



Dr. José Uberli Herrera Ortiz
Miembro del Comité Científico



Dr. Salomón Huamán Quiña
Miembro del Comité Científico

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien me ha dado fortaleza, sabiduría y la guía para llevar a cabo este trabajo. Sin su apoyo divino, nada de esto habría sido posible.

A la Universidad Nacional Autónoma de Chota, por brindarme el espacio académico para poder obtener las capacidades para formarme como profesional.

A los docentes de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, por su dedicación, enseñanzas y orientación. Cada uno de ellos han dejado una huella importante en mi proceso de aprendizaje que me impulsaron a superarme constantemente.

A mi asesor. Dr. Richard Williams Hernández Fiestas, por su apoyo constante, su paciencia y sus valiosos consejos que han sido determinantes para la realización de este estudio.

Finalmente, quiero agradecer a los participantes del estudio, quienes, con su colaboración, han sido esenciales para la concreción de este trabajo. Su disposición y tiempo dedicado a este estudio han sido fundamentales para alcanzar los resultados obtenidos.

A:

Mis padres, quienes han sido mi mayor fuente de inspiración y fortaleza. Cada logro que he alcanzado es un reflejo de todo lo que me han enseñado y del apoyo constante que me han brindado en cada paso de mi vida. Sin ustedes, no habría sido posible llegar hasta aquí. Este trabajo es también suyo.

Yovana.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Bases conceptuales	7
2.3. Definición de términos básicos	26
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	28
3.1. Ámbito de estudio	28
3.2. Diseño de investigación	28
3.3. Muestra y sujetos de estudio	29
3.4. Descripción de la metodología	30
3.5. Interpretación de datos	33
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
4.1. Categoría I: Prácticas de autocuidado que responden al estilo de vida	36
4.1.1. Subcategoría A(CI): Actividad física	36
4.1.2. Subcategoría B(CI): Alimentación	46
4.1.3. Subcategoría C(CI): Control de glucosa	54
4.1.4. Subcategoría D(CI): Tratamiento farmacológico	63
4.1.5. Subcategoría E(CI): Cuidado de los pies	67
4.2. Categoría II: Prácticas de autocuidado que responden al contexto social y cultural	71
4.2.1. Subcategoría A(CII): Plantas medicinales	71
4.2.2. Subcategoría B(CII): Contexto social	78
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS	98

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

ACV	: Accidente cerebro vascular
ADA	: Asociación Americana de Diabetes
BID	: Banco Interamericano de Desarrollo
C.S.	: Centro de salud
DM2	: Diabetes mellitus tipo 2
ECV	: Enfermedades cerebrovasculares
FID	: Federación Internacional de Diabetes
HbA1c	: Hemoglobina glucosilada
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	: Ministerio de Salud
PM	: Plantas medicinales
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
SED	: Sociedad Española de la Diabetes
SOP	: Síndrome de ovario poliquístico

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo interpretar las prácticas de autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en el distrito de Chota durante el año 2025. Estudio cualitativo, de tipo exploratorio, con diseño fenomenológico hermenéutico. Participaron 17 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, quienes respondieron presencialmente a entrevistas guiadas por una guía de entrevista de siete preguntas abiertas, validada por jueces. Del análisis, emergieron dos categorías: prácticas de autocuidado que responden al estilo de vida del cual se obtuvo cinco sub categorías: actividad física, alimentación, control de glucosa, tratamiento farmacológico, cuidado de los pies y prácticas de autocuidado que responden al contexto social y cultural, la cual originó dos subcategorías, plantas medicinales, y contexto social. Se identificó que las principales prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son principalmente el control alimentario, actividad física moderada y el consumo regular de medicamentos, pero muestran deficiencias en el monitoreo glucémico y en el cuidado adecuado de los pies.

Palabras clave. Diabetes mellitus tipo 2, hiperglucemia, prácticas de autocuidado, plantas medicinales, actividad física.

ABSTRACT

The research aimed to interpret the self-care practices of patients with type 2 diabetes mellitus in the district of Chota during the year 2025. A qualitative, exploratory study with a hermeneutic phenomenological design was carried out. Seventeen patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus participated, responding in person to interviews guided by a questionnaire of seven open questions, validated by judges. From the analysis, two categories emerged: self-care practices that respond to lifestyle, from which five subcategories were obtained: physical activity, diet, glucose control, pharmacological treatment, foot care, and self-care practices that respond to the social context and culture, which originated two subcategories: medicinal plants, and social context. It was identified that the main self-care practices of patients with type 2 diabetes mellitus are mainly dietary control, moderate physical activity, and regular medication use, but they show deficiencies in glycemic monitoring and proper foot care.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus, Hyperglycemia, Self-Care Practices, Medicinal Plants, Physical Activity

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica que se manifiesta por el aumento de los niveles de glucosa en la sangre. Esta condición, más allá de lo clínico, representa un gran desafío para la persona que la padece, ya que requiere compromiso diario y constante con su tratamiento. Si no se siguen adecuadamente las indicaciones médicas, pueden presentarse complicaciones graves que afectan significativamente la calidad de vida. Para evitarlo, es fundamental adoptar comportamientos de autocuidado, como mantener una alimentación saludable, realizar actividad física con regularidad, asistir a los controles médicos, cuidar los pies, tomar los medicamentos indicados y, en algunos casos, complementar con el uso de plantas naturales [1, 2].

La DM2 se incrementa a un ritmo alarmante, la rápida urbanización (aumento del sedentarismo), las dietas poco saludables y los estilos de vida sedentarios han dado lugar a mayores índices de obesidad y por tanto de esta patología [3], según la Federación Internacional de Diabetes (FID), la prevalencia mundial de diabetes mellitus en personas de 20 a 79 años en 2024, fue del 11,1% (589 millones de personas), para el 2050 se estima un aumento de más del 46% respecto al 2024 (853 millones), siendo mayor en las zonas urbanas (12,1%), que en las rurales (8,3%) [4].

En las Américas, 62 millones de personas viven con diabetes, una cifra que se espera sea mucho más elevada, dado que alrededor del 40% de los que padecen la enfermedad no son conscientes de ello. Si se mantienen las tendencias actuales, se estima que el número de personas con diabetes en la región alcanzará los 109 millones en 2040. Las prácticas de autocuidado se han convertido en un componente fundamental para el control efectivo de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones. Estas prácticas incluyen actividades esenciales como seguir una alimentación equilibrada, realizar ejercicio físico regular, monitorear la glucosa en sangre, tomar medicamentos según indicación médica, acudir a los controles de salud, cuidar los pies y mantener una adecuada salud emocional que aún siguen existiendo brechas considerables en su cumplimiento [5].

El Ministerio de Salud (MINSA), en el Perú reportó que, en el 2022, se han registrado 19,842 casos de diabetes, de los cuales el 96,5% corresponde a DM2 y el 1,4% a diabetes tipo 1, además la población que está en riesgo de presentar diabetes son los que tienen sobrepeso, cuentan con antecedentes de la enfermedad en la familia como padres y hermanos, tienen más de 45 años, llevan una vida sedentaria (actividad física menor de tres veces a la semana). Por otro lado, en el país, las prácticas de autocuidado son aún escasas y están fuertemente condicionadas por factores sociales, culturales y económicos. Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, la limitada educación sobre la enfermedad y la persistencia de creencias tradicionales dificultan que muchas personas adopten conductas adecuadas para el manejo de la diabetes. Estas barreras hacen que gran parte de los pacientes enfrenten su diagnóstico con poco conocimiento y sin el acompañamiento necesario, lo que limita el desarrollo de hábitos de autocuidado sostenidos en el tiempo [6,7].

Respecto a las complicaciones, la DM2 es una enfermedad progresiva e incapacitante, por lo que, un inadecuado control glucémico, favorece el desarrollo de las mismas, tanto a nivel microvascular (retinopatía diabética, nefropatía diabética y neuropatía diabética), como macrovascular, acelerando los cuadros de aterosclerosis, predisponiendo el desarrollo de infarto de miocardio, eventos vasculares cerebrales, y gangrena periférica en estos pacientes [8]. Es la primera causa de ceguera, insuficiencia renal, y aumentó la posibilidad de amputaciones no traumáticas en extremidades inferiores; con la consiguiente pérdida de calidad de vida e incapacidad prematura, así como una esperanza de vida reducida [9]. En las Américas, en 2019, la diabetes fue la sexta causa principal de muerte [2].

Las complicaciones elevan tanto la mortalidad como los costos asociados al manejo de la enfermedad, aumentan los recursos sanitarios utilizados, eleva el riesgo de hospitalizaciones [10]. A nivel mundial se estima que los costes sanitarios debidos a esta patología ascienden a 850 millones de dólares y para 2045 se proyecta a 958 billones de dólares [11]. Con respecto a las prácticas de autocuidado no se logran cumplir, ya sea por desconocimiento, falta de apoyo o limitaciones del entorno. Esta realidad evidencia la necesidad urgente de escuchar la voz del paciente, comprender su contexto y promover un acompañamiento más humano,

accesible y culturalmente pertinente, que facilite la adopción sostenida de hábitos saludables y permita mejorar la calidad de vida de quienes viven con esta enfermedad [12].

La naturaleza crónica de la DM2 exige que las personas desarrollen prácticas de autocuidado sostenidas a lo largo del tiempo. Esto implica no solo seguir indicaciones médicas, sino también adoptar una nueva actitud frente a los retos que impone la vida cotidiana. Por ello, es fundamental fortalecer habilidades personales que les permitan tomar decisiones informadas antes y durante el tratamiento. En este proceso, el personal de enfermería cumple un rol clave desde el primer nivel de atención, no solo brindando información, sino también generando conciencia y acompañando de manera cercana y empática [13, 14]. Las prácticas de autocuidado se van formando progresivamente a lo largo del tiempo, a medida que el individuo adquiere experiencia y conciencia sobre su salud. Estas prácticas no se desarrollan de forma aislada, sino que están profundamente influenciadas por las creencias, la cultura, los hábitos y las costumbres tanto del entorno familiar como de la sociedad [15,16].

Estudios evidencian que los pacientes con DM2 no tienen estilos de vida saludables, incumplen la dieta y la práctica de ejercicio físico, hay falta de control metabólico y abuso de sustancias tóxicas [17, 18]. Además, se muestra que los pacientes no incluyen ninguna práctica de autocuidado en su estilo de vida o si la realizan son inadecuadas, lo que conlleva a múltiples complicaciones que conducen a la mortalidad y el padecimiento de complicaciones propias de esta enfermedad [19, 20].

Cuando una persona con DM2 disminuye o abandona las prácticas de autocuidado, aumenta el riesgo de presentar descompensaciones en el control glucémico, como la hiperglucemia, lo que puede desencadenar complicaciones agudas y crónicas que afectan su calidad de vida. Esta situación resalta la importancia vital del autocuidado como eje central en el manejo de la enfermedad. Sin embargo, en la práctica, muchas personas no logran mantener estas rutinas de cuidado, no por falta de interés, sino por múltiples factores que condicionan su comportamiento [21].

Entre ellos se encuentran creencias erróneas sobre la enfermedad, actitudes de resignación o negación, desconocimiento de las consecuencias reales de una diabetes mal controlada y, sobre todo, limitaciones económicas que dificultan el acceso a una alimentación adecuada, medicamentos o controles médicos. Estos elementos generan una percepción distorsionada sobre la necesidad y la urgencia del autocuidado, lo cual debe ser abordado desde una perspectiva integral, culturalmente sensible y centrada en la persona [21].

Es importante destacar que no se han reportado estudios similares en la región Cajamarca, específicamente en la provincia de Chota. Por ello, llevar a cabo esta investigación resultó fundamental. Teniendo en cuenta estas consideraciones y los datos descritos anteriormente, se planteó las siguientes preguntas ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024? ¿Cuál es el contexto socio cultural de las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024?

Respecto a la primera pregunta, los resultados del estudio se consolidan en una categoría: 1) Prácticas de autocuidado que responden al estilo de vida con cinco subcategorías: actividad física, alimentación, control de glucosa, tratamiento farmacológico, cuidado de los pies.

En cuanto a la segunda pregunta, se obtuvo como resultado una categoría: 1) Prácticas de autocuidado que responde al contexto social y cultural, con dos subcategorías: plantas medicinales y contexto social.

En tal sentido, se pudo establecer que las principales prácticas de autocuidado que realizan los pacientes con DM2 del distrito de Chota, se centran en la práctica de actividad física, alimentación, prácticas de monitoreo de glucosa y la toma regular de medicamentos; en cuanto al contexto sociocultural, el uso de plantas medicinales y las creencias tradicionales y el nivel educativo son determinantes para sus prácticas de autocuidado.

La estructura de esta investigación está organizada en cinco capítulos. El Capítulo I corresponde a los aspectos primarios de la investigación. En el Capítulo II,

correspondiente al marco teórico, se desarrollan los antecedentes y fundamentos conceptuales, destacando el sustento científico y teórico, además de la definición de términos clave. El Capítulo III comprende el marco metodológico, el cual detalla el contexto del estudio, el tipo de investigación, diseño de la investigación, así como los métodos, materiales y técnicas empleadas. El Capítulo IV presenta los resultados, aquí se muestra las categorías y su discusión, analizando la información obtenida a partir de las respuestas de los participantes y contrastándola con hallazgos de investigaciones previas. Finalmente, el Capítulo V contiene las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio, junto con las referencias bibliográficas y los anexos que lo respaldan.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

La investigación cualitativa propuesta no ha sido abordada a nivel regional ni local, lo que resaltó la importancia de llevar a cabo este estudio. En el ámbito nacional e internacional son escasos los estudios encontrados los cuales se presentan a continuación:

Internacional

Dagmawit T, Yeman B. (Etiopía, 2022), realizaron la investigación “Prácticas de autocuidado entre pacientes con diabetes en Adís Abeba”, cuyo objetivo fue describir las prácticas de autocuidado entre personas con DM2, estudio cualitativo de diseño fenomenológico. Se utilizó un enfoque de análisis temático para procesar los datos. La muestra se constituyó por 50 personas entre 35 y 65 años, los resultados mostraron que las prácticas de autocuidado no fueron adecuadas. La mayoría presentó un autocuidado insuficiente, con un control irregular de la glucemia y bajo cumplimiento de las recomendaciones dietéticas y de ejercicio, aunque sí siguieron con mayor frecuencia el tratamiento farmacológico. Se evidencio falta de información o conocimiento adecuado sobre la importancia del autocuidado. Concluyen que es importante las prácticas adecuadas de autocuidado para el manejo eficaz de la DM2 [22].

Bukhsh A, et al. (Pakistán, 2020), realizaron la investigación “Perspectivas, experiencias y barreras de los pacientes con DM2 en relación con el autocuidado de la DM2”, el objetivo fue explorar las perspectivas, prácticas y barreras para las prácticas de autocuidado. Estudio cualitativo de diseño etnográfico, la muestra fue de 32 pacientes, los resultados evidenciaron seis temas: papel de la familia y los amigos, papel de los médicos y la atención médica, comprensión de los pacientes sobre la diabetes, complicación de la DM2 y otras comorbilidades, carga del autocuidado y circunstancias de vida. Se observó una experiencia variable con la educación y la atención médica. Concluyeron que existen muchas barreras para el autocuidado de la DM2,

en particular relacionadas con las situaciones de la vida y el conocimiento [23].

Nacional

Burgos MI. (Perú, 2020), en su estudio sobre “Prácticas de autocuidado del adulto mayor con DM2 del Centro de Salud Reque, Chiclayo, en el 2019”. Dicho estudio fue de enfoque cualitativo con diseño etnográfico, su muestra estuvo constituida por 18 participantes, captados por conveniencia. Como resultado se obtuvo seis temas culturales: a) consumo de plantas medicinales, b) prácticas alimentarias, c) prácticas adecuadas y riesgosas en el cuidado de los pies, d) Inadecuada adherencia al tratamiento farmacéutico, e) prácticas físicas para el control de la diabetes, f) recursos que orientaron las prácticas de autocuidado. Concluye que algunas de las prácticas de autocuidado que realizaron los adultos mayores son adecuadas como: el consumo de plantas medicinales, las prácticas alimentarias, las practicas físicas y otras son inadecuadas tales como la (In) adherencia al tratamiento farmacéutico [24].

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Bases teóricas

Según la teoría de Déficit de Autocuidado de Orem D, citado por: Naranjo-Hernández [25], teoría compuesta por: la teoría de autocuidado, la teoría de déficit de autocuidado y la teoría de sistemas de enfermería. Orem, concibe el autocuidado como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas hacia sí mismo y el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo en beneficio de su vida, salud y bienestar, recuperarse de la enfermedad o afrontar las consecuencias de ésta; por lo tanto, es una actividad orientada hacia un objetivo que es mejorar la calidad de vida.

Además, se destaca que el autocuidado comprende prácticas influenciadas por el conocimiento, las motivaciones y el repertorio de habilidades de los individuos. Estas prácticas están condicionadas por diversos factores, como la orientación sociocultural, el sistema familiar, el patrón de vida, los factores

ambientales y la disponibilidad y adecuación de recursos, entre otros. Parte del supuesto de que las personas son capaces de reconocer cuándo necesitan ayuda y son conscientes de las acciones necesarias para su bienestar. No obstante, tienen la capacidad de elegir entre diferentes opciones en sus conductas de autocuidado [25].

Según Orem, las actividades de autocuidado son las acciones que una persona debe realizar para mantenerse saludable y favorecer su desarrollo. La autora clasifica estos requisitos en tres tipos: los requisitos universales, que responden a necesidades básicas comunes a todos los seres humanos como la alimentación, hidratación, descanso, interacción social y prevención de riesgos; los requisitos de desarrollo, que están ligados a las distintas etapas del ciclo vital y aseguran el crecimiento y adaptación saludable desde la concepción hasta la vejez; y los requisitos por desviación de la salud, que surgen cuando la persona enfrenta una enfermedad o condición que afecta su equilibrio, y requieren cuidados especiales para su recuperación o adaptación [25].

Por último, requisito de desviación de la salud, conducen a prevenir complicaciones y a evitar la incapacidad prolongada, es decir, surgen cuando una persona tiene un problema relacionado con su salud, y debe realizar una acción específica o particular para manejar esa situación, o aprender a vivir con la patología [26].

Esta investigación se relacionó con la teoría en que las prácticas de autocuidado fueron reconocidas como un componente esencial en el tratamiento de la DM2, al contribuir al mantenimiento de la salud y el bienestar de los pacientes. Dichas prácticas se aprendieron y aplicaron según las necesidades individuales, y estuvieron influenciadas por factores como creencias, hábitos, recursos disponibles y el entorno familiar y social. La teoría permitió comprender cómo cada persona con DM2 asumió o no su autocuidado desde su realidad cotidiana, evidenciando las limitaciones y capacidades que presentaron para cuidar de sí mismos dentro de su hogar o comunidad.

2.2.2. Prácticas de autocuidado en DM2

A. Definición. Las prácticas de autocuidado son acciones cotidianas aprendidas dentro del contexto sociocultural de cada persona, que implican conocimiento y decisión voluntaria para cuidar de sí misma. En la DM2, estas prácticas son fundamentales, ya que permiten mantener el control metabólico y reducir las complicaciones asociadas a la enfermedad [27,28].

B. Prácticas de autocuidado en el manejo cotidiano de la DM2

Dentro de las prácticas de autocuidado que se pueden considerar se incluyen:

a) Dieta saludable. La dieta es un componente esencial en el tratamiento de la diabetes, ya que ayuda a controlar la hiperglucemia, los lípidos en sangre y prevenir la hipoglucemia. La Asociación Americana de la Diabetes (ADA) recomienda priorizar el consumo de carbohidratos provenientes de alimentos ricos en fibra y con baja carga glucémica, como vegetales, frutas, legumbres, granos enteros, nueces y semillas, así como moderar la ingesta de sal, carnes, bebidas azucaradas, dulces y cereales refinados [28]. La dieta recomendada para el paciente con diabetes radica en una dieta equilibrada: un 55-60% de hidratos de carbono, un 25-30% de grasas y un 15-20% de proteínas [29].

Los pacientes con DM2 adoptan patrones alimenticios más estructurados, con horarios regulares y selección cuidadosa de alimentos, reduciendo azúcares simples, grasas saturadas y carbohidratos refinados para controlar la glucemia. Estas modificaciones, basadas en recomendaciones médicas y aprendizajes personales, incluyen mayor consumo de vegetales, frutas de bajo índice glucémico y métodos de cocción saludables, reflejando un esfuerzo consciente de autocuidado frente a su condición crónica [30]

b) Ejercicio físico. El ejercicio físico es importante, se recomienda

realizar de 30-60 minutos por un mínimo de 5 veces a la semana [30]. Además de sus beneficios cardiovasculares, el ejercicio físico también puede mejorar el control glucémico. Se ha demostrado que el ejercicio a corto plazo mejora la sensibilidad a la insulina y en pacientes tratados con un fármaco hipoglucemiante oral, el ejercicio tiende a disminuir las concentraciones de glucosa en sangre [31].

El ejercicio aeróbico estructurado o el ejercicio de resistencia reducen la HbA1c en aproximadamente un 0,6% en la DM2. El entrenamiento combinado aeróbico y de resistencia tienen un impacto en la HbA1c mayor que el entrenamiento aeróbico o de resistencia por separado. El ejercicio estructurado de >150 min/semana se ha asociado a una reducción de la HbA1c del 0,9% y del 0,4% practicando menos de 150 min/semana [31].

Cabe mencionar que también se puede realizar actividad física en pacientes con DM2, lo cual se manifiesta principalmente a través de caminatas, tareas domésticas y ejercicios leves recomendados. Aunque la frecuencia varía, muchos intentan realizar al menos 30 minutos de actividad moderada varios días a la semana. Pese a las limitaciones físicas como la edad, el sobrepeso o complicaciones de la enfermedad, los pacientes perciben beneficios en el control de la glucosa y el bienestar general, lo que refuerza su motivación para mantener el ejercicio como parte del autocuidado [31].

c) Monitoreo de glucosa. Es una práctica fundamental para el tratamiento exitoso de la DM2, permite al paciente conocer en todo momento el estado de su glucosa y que factores influyen en su enfermedad; involucrándose más activamente en su tratamiento [32].

Se debe realizar mínimo una vez por semana esto permite

detectar alteraciones a tiempo y ajustar el tratamiento. Puede realizarse con glucómetros o sensores continuos, y su frecuencia varía según el uso de insulina. Sin embargo, su práctica regular puede verse limitada por factores económicos, educativos o de percepción del riesgo, lo que destaca la importancia de la educación en salud como base del autocuidado [33] [34].

d) Cuidado de pies. Según la Sociedad Española de la Diabetes (SED). Consiste en acciones sencillas pero importantes, como mantener una buena higiene, revisar los pies a diario, usar calzado cómodo y buscar ayuda médica ante cualquier cambio. Debido a que la diabetes puede reducir la sensibilidad y dificultar la cicatrización, estos cuidados se vuelven aún más necesarios [35].

El cuidado de los pies en personas con diabetes es esencial para prevenir complicaciones graves, como úlceras e infecciones. Más allá de la higiene diaria, los pacientes suelen prestar especial atención al manejo adecuado de las uñas y al uso de calzado apropiado, con el fin de evitar lesiones. Se resalta la importancia de la revisión constante de los pies para detectar a tiempo cualquier alteración, lo que contribuye a una intervención temprana y a la protección de la salud e integridad física del paciente [35].

e) Higiene bucal. Es fundamental para prevenir infecciones, caries y enfermedades periodontales, ya que la hiperglucemia aumenta su vulnerabilidad. Mantener una adecuada salud oral no solo protege dientes y encías, sino que también favorece el control glucémico. Por ello, el cuidado bucodental y la educación en esta área son parte esencial del autocuidado integral en esta población [36].

Las complicaciones orales en personas con diabetes están

directamente relacionadas con el nivel y la duración de la hiperglucemia. Entre las manifestaciones más comunes se encuentran la sequedad bucal, la enfermedad periodontal, la gingivitis y la candidiasis oral. Estas condiciones pueden afectar significativamente la calidad de vida del paciente, por lo que se recomienda mantener una rutina constante de cuidado bucal y acudir regularmente al odontólogo para prevenir y tratar a tiempo cualquier alteración [36, 37].

f) Adherencia al tratamiento farmacológico. Se puede definir como la medida en que los comportamientos del paciente coinciden con las recomendaciones médicas, es decir, el grado en que el paciente asume los consejos dados por los profesionales de salud, con respecto a su tratamiento farmacológico o toma de medicamentos. La adherencia al tratamiento farmacológico es de vital importancia, puesto que permite disminuir el impacto de la enfermedad, el cual se ve reflejado en la disminución de la HbA1c, la mortalidad y la tasa de hospitalización [38-40].

g) Plantas medicinales relacionadas al autocuidado de pacientes con DM2. Las plantas medicinales (PM), son todas aquellas que contienen en alguna de sus partes, principios activos, los cuales, administrados en dosis suficientes, producen efectos curativos. En la actualidad existen poblaciones que acostumbran el uso de remedios herbolarios para tratar diversos signos y síntomas de la DM2. Las PM constituyen una alternativa terapéutica viable debido a su bajo costo y fácil disponibilidad para muchas poblaciones [41].

En el contexto del estudio los participantes usaron PM para el tratamiento de la DM2, en tal sentido, se consideró la información de las siguientes:

➤ **Cichorium sicyoides (insulina vegetal).**

Es una PM que se destaca por su riqueza en flavonoides, resveratrol, cumarinas y taninos. Estos compuestos tienen efectos hipoglucemiantes ayudan a mantener los niveles de azúcar en sangre estables, evitando los picos de glucosa tan comunes en esta enfermedad. Estudios han demostrado que la insulina vegetal puede mejorar la sensibilidad a la insulina, reducir los niveles de glucosa en sangre y contribuir al control del peso corporal, lo que la convierte en un complemento útil en el manejo integral de la enfermedad [42].

➤ **Ficus carica (Hoja de Higo).** Es utilizada tradicionalmente en diversas culturas como un recurso natural para el tratamiento complementario de la DM2. Estudios preliminares han mostrado que los extractos de sus hojas pueden ejercer efectos hipoglucemiantes, ayudando a reducir los niveles de glucosa en sangre. Se sugiere que sus compuestos bioactivos, como flavonoides y ácidos fenólicos, contribuyen a mejorar la sensibilidad a la insulina y a regular el metabolismo de los carbohidratos. En la medicina tradicional, las hojas de higo suelen prepararse en forma de infusiones, las cuales se consumen regularmente como parte del autocuidado de las personas con esta enfermedad. Aunque los resultados son prometedores, se recomienda su uso con supervisión médica y como complemento del tratamiento farmacológico [43].

➤ **Geranium dielsianum (Pasuchaca).** Es una planta medicinal utilizada por sus propiedades hipoglucemiantes en el manejo complementario de la DM2. Diversos estudios han demostrado que sus extractos pueden reducir significativamente los niveles de glucosa en sangre, actuando principalmente mediante la inhibición de la enzima α -glucosidasa y favoreciendo la absorción periférica de glucosa. Además de sus efectos sobre el control glucémico, también

se le atribuyen propiedades depurativas y antiinflamatorias. Generalmente se consume en forma de infusión preparada con hojas secas [44].

- **Mangifera indica (Hoja de mango).** Las hojas de mango ayudan a regular la glucemia en personas con DM2, ya que sus compuestos fitoquímicos favorecen el metabolismo de la glucosa, la síntesis de glucógeno y aumentan los niveles de insulina. Además, contribuyen a la cicatrización de vasos sanguíneos dañados y al fortalecimiento del sistema vascular. Su consumo en forma de decocción por las mañanas es una alternativa natural complementaria para el control de la diabetes [45].

- **Psidium guajava (Hoja de guayaba).** Las hojas de guayaba contienen compuestos bioactivos como flavonoides, taninos y quercetina, que poseen propiedades antioxidantes, antiinflamatorias e hiperglucemiantes. Estos componentes ayudan a mejorar la sensibilidad a la insulina y reducir los niveles de glucosa en sangre. En particular, los flavonoides favorecen la función de las células beta pancreáticas, mientras que la quercetina inhibe enzimas como la alfa-glucosidasa, disminuyendo la absorción de carbohidratos en el intestino y, por tanto, los picos de glucosa [46].

- **Laurus nobilis (Laurel).** Las hojas de laurel ayudan al páncreas a funcionar normalmente; potencian la acción de la insulina además posee efectos hipoglucemiantes. Esto ayuda a reducir los niveles de azúcar en la sangre. Una investigación reveló que el consumo de hojas de laurel puede ayudar a disminuir factores de riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares, por lo que se sugiere que puede ser beneficiosa para la DM2 [47].

- **Smallanthus sonchifolius (Yacón).** Las hojas de yacón poseen efectos hipoglicemiantes que reducen y regulan los niveles de glucosa en la sangre. Su administración induce la liberación y aumenta la concentración de insulina en el plasma. Se evidencian que los extractos acuosos de *S. sonchifolius* tiene un efecto hipoglicemiante significativo, similar a la metformina [48].

- **Hibiscus sabdariffa (Flor de Jamaica).** Es una planta conocida por sus múltiples usos terapéuticos, como, por ejemplo, el efecto positivo sobre la diabetes, es utilizada para reducir el colesterol, los triglicéridos, para prevenir enfermedades cardiovasculares y también para controlar la glucemia y obtener un efecto positivo sobre la diabetes. Muchos estudios científicos se han realizado para probar los beneficios que la flor de Jamaica reduce la actividad de la enzima intestinal alfa-glucosidasa. al producirse esta inhibición disminuye la absorción de glucosa por parte del intestino, evitando su pasa a la sangre [49].

- **Rubus floribundus kunth rosaceae (Zarzamora).** La zarzamora es utilizada en la medicina tradicional para el tratamiento de hiperglucemia, pero se desconoce aún las características estructurales de los principios activos responsables de dicha actividad [50].

2.2.3. Contexto socio-cultural.

Hacen referencia al conjunto de factores culturales, familiares, comunitarios y sociales que influyen en las actitudes, creencias y comportamientos de una persona frente a la salud y la enfermedad. En el caso de pacientes con DM2, este contexto incluye:

A. Redes de apoyo y participación familiar. En el manejo de la DM2,

las redes de apoyo y la participación activa de la familia juegan un papel fundamental. Los pacientes que cuentan con el respaldo emocional, práctico y afectivo de sus familiares tienden a mostrar una mayor adherencia al tratamiento, mejor seguimiento de las recomendaciones médicas y una actitud más positiva frente a la enfermedad. La ayuda en la preparación de alimentos saludables, el acompañamiento a consultas médicas y el monitoreo del estado de salud son formas comunes en las que la familia se involucra. Este apoyo fortalece la autonomía del paciente y disminuye la percepción de carga personal frente al autocuidado [10].

B. Creencias y percepciones culturales sobre la diabetes. Las creencias y percepciones culturales influyen notablemente en la forma en que los pacientes con DM2 entienden y afrontan su enfermedad. En muchos contextos, se considera que la diabetes es consecuencia de malos estilo de vida o heredada, lo cual, puede llevar a prácticas de autocuidado basadas en conocimientos ancestrales y el uso de PM. Estas percepciones culturales, si bien forman parte del contexto de identidad del paciente, pueden representar un desafío para la adherencia al tratamiento médico convencional cuando no se integran de manera adecuada [11].

C. Factores socioeconómicos y acceso a recursos. Los factores socioeconómicos condicionan directamente el acceso a recursos esenciales para el control de la DM2, como medicamentos, alimentación adecuada, transporte y servicios de salud. Pacientes con bajos ingresos o que viven en zonas rurales enfrentan mayores dificultades para acceder a controles periódicos, adquirir insumos para el monitoreo de glucosa o seguir dietas especializadas, lo que limita su capacidad de autocuidado. Esta desigualdad estructural genera brechas en la calidad del tratamiento recibido y contribuye a la progresión de la enfermedad en poblaciones vulnerables [12].

D. Impacto del estrés y factores emocionales. El estrés y los

factores emocionales tienen un impacto significativo en el control de la DM2. Los pacientes frecuentemente experimentan ansiedad, preocupación por complicaciones futuras y sentimientos de frustración ante las restricciones del tratamiento. Estos estados emocionales pueden alterar el metabolismo y dificultar el control glucémico, además de reducir la motivación para mantener hábitos saludables. La falta de apoyo psicológico o espacios para la expresión emocional agrava esta situación, evidenciando la necesidad de un abordaje integral que contemple tanto la salud física como mental del paciente [12].

2.2.4. Diabetes mellitus tipo 2

A. Definición. Es una enfermedad crónica y metabólica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, resultado de una resistencia a la insulina o de una producción insuficiente de esta hormona por parte del páncreas [1].

B. Etiología. Es multifactorial, resultado de una combinación de factores genéticos, ambientales y conductuales. Se desarrolla cuando el organismo presenta resistencia a la insulina o cuando el páncreas no produce suficiente cantidad de esta hormona. Aunque no existe una causa única, diversos contextos como la predisposición hereditaria, el sobrepeso, el sedentarismo y una alimentación inadecuada aumentan significativamente el riesgo de desarrollarla [51].

C. Factores relacionados con el desarrollo de la DM2

a) Factores no modificables

a).1. Raza/etnia. La predisposición genética es un factor clave en la DM2, ya que influye en la regulación de la glucosa y la respuesta a la insulina. Esta susceptibilidad es más marcada en ciertas etnias como nativos americanos, afrodescendientes, mestizos latinoamericanos y asiáticos. Esta mayor

vulnerabilidad se relaciona con factores como menor masa muscular, mayor resistencia a la insulina y variaciones genéticas específicas que afectan el metabolismo de la glucosa [52].

a).2. Edad. Es más frecuente en AM, debido a estilos de vida poco saludables. La edad es un factor de riesgo porque, con el paso del tiempo, disminuye la sensibilidad a la insulina, se reduce la masa muscular y la función del páncreas se deteriora progresivamente. Esto favorece la aparición de alteraciones metabólicas que, sumadas a otros factores como el sedentarismo o la obesidad, aumentan significativamente el riesgo de desarrollar la enfermedad. Esta tendencia precoz preocupa, ya que expone a los pacientes a convivir más tiempo con sus complicaciones [52].

a).3. Antecedentes familiares con DM2. Tener familiares con DM2, especialmente padres, aumenta significativamente el riesgo de desarrollar la enfermedad. Este riesgo es de 2 a 3 veces mayor si uno de los padres está afectado, y hasta 5 a 6 veces mayor si ambos lo están, debido a la herencia de factores genéticos relacionados con la producción y acción de la insulina. [52].

a).4. Antecedentes obstétricos de diabetes mellitus gestacional. El riesgo de desarrollar DM2 es mayor en mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional; generalmente desaparece después del parto, pero si persiste, se denomina DM2 [53].

a).5. Síndrome de ovario poliquístico (SOP). Este síndrome se ha asociado a alteraciones en la regulación de la glucosa, las mujeres con SOP tienen una elevada prevalencia a la intolerancia a la glucosa, obesidad visceral y DM2 [53].

b) Factores modificables

b).1. Obesidad, sobrepeso. Representan los más importantes para el desarrollo de DM2. La prevalencia de la obesidad va en aumento progresivo a nivel mundial y muy especialmente en Latinoamérica. La obesidad (IMC mayor o igual a 30 kg/m²), y sobrepeso (IMC mayor o igual a 25 a 29 kg/m²) aumentan el riesgo de intolerancia a la glucosa en todas las edades, induciendo a la resistencia a la insulina [54].

b).2. Obesidad abdominal. Se ha determinado que el perímetro abdominal (PA), también conocido como circunferencia de cintura, refleja el contenido de grasa visceral (abdominal) [55]. Según la Sociedad Peruana de Endocrinología, los niveles normales de PA son inferiores a 90 centímetros en mujeres y menor a 94 centímetros en hombres. Valores más altos indicarían obesidad abdominovisceral, la cual está relacionada con un mayor riesgo de complicaciones de la DM2 y un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares [56].

b).3. Sedentarismo. Es bien conocido que la inactividad física es un factor predictor independiente de DM2, tanto en hombres como en mujeres, un estilo de vida sedentario reduce el gasto de energía y promueve el aumento de peso, lo que eleva el riesgo de padecer DM2. Se define como una persona sedentaria o inactivo, aquellas que realizan menos de 150 minutos de actividad física a la semana [57].

b).4. Tabaquismo. El consumo de tabaco incrementa el riesgo de DM2, dependiente de la cantidad de cigarrillos fumados por día (cuanto más, mayor riesgo). Uno de los componentes del tabaco es la nicotina sustancia que aumenta la resistencia a la insulina, los niveles de glucosa en sangre y dislipidemia. Asimismo, la exposición al humo del tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de diabetes gestacional [58].

b).5. Alcoholismo. Las grasas y el alcohol tienen la misma cantidad de calorías. La ingesta de esta sustancia causa aumento de peso e hiperlipidemia porque el alcohol se descompone en el hígado y se convierte en grasas. Además, el consumo excesivo de alcohol causa daños bioquímicos a la célula pancreática [59].

b).6. Factores dietéticos. Es muy común el consumo de carbohidratos simples combinados con grasas saturadas, propias de la dieta popular que incluye frecuentemente: frituras, harinas, carnes con alto contenido de grasa, derivados lácteos ricos en colesterol, y excesivo consumo de sal, todo esto predispone a un mayor riesgo de DM2, por su alto contenido calórico y azúcar. Sumado a esto el escaso consumo de frutas, verduras y hortalizas por día, la gestión dietética es uno de los pilares más importantes en el manejo de la DM2 [55].

b).7. Hipertensión. Presión arterial $\geq 140/90$ mmHg. El principal problema de salud relacionado con la DM2 es la hipertensión, que interfiere con el control metabólico de los pacientes y acelera el proceso de aterosclerosis y sus complicaciones [53].

b).8. Dislipidemia. La resistencia a la insulina está relacionada con hipertrigliceridemia (más de 250 mg/dl en adultos) y niveles bajos de colesterol HDL (menos de 35 mg/dl) [54].

D. Manifestaciones clínicas. Dependerá de la etapa en la que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico:

a) Asintomáticos: Son aquellas personas con DM2 que no advierten los síntomas clásicos, más del 90% son de este tipo. Esta es una condición clínica frecuente, de duración variable (entre 4 a 13 años) [54].

b) Sintomáticos: Los síntomas clásicos son poliuria, polifagia,

polidipsia y pérdida de peso, al examen físico se puede encontrar acrocordones o acantosis nigricans (afección que causa zonas de piel oscura, gruesa y aterciopelada, por lo general, afecta las axilas, la ingle y el cuello, está relacionada con la resistencia a la insulina) adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito no explicado [54].

Las manifestaciones clínicas pueden variar según las complicaciones que presenta la persona como adormecimientos, calambres, hormigueos (parestesias), dolor tipo quemazón en miembros inferiores en caso de neuropatía diabética; dolor en pantorrilla (claudicación intermitente) en caso de enfermedad arterial [54].

También la persona puede llegar a desarrollar una crisis hiperglucémica cuyas manifestaciones clínicas pueden ser: deshidratación moderada a severa, compromiso del sensorio, polipnea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración acidótica, tipo Kussmaul (rápida y profunda) [54].

E. Fisiopatología. Se produce por una insulino resistencia de los tejidos y una secreción compensatoria deficiente. Esto se produce porque el tejido adiposo pierde la capacidad de expansión; generando un estado inflamatorio, liberando el factor TNF- α , IN-6 (intelucina 6) y resistina. Sustancias que provocan la resistencia a la insulina. También se produce el aumento de ácidos grasos libres, los ácidos grasos no se pueden almacenar y circulan en la sangre, produciéndose su almacén en los miocitos, hepatocitos, y células beta de los islotes pancreáticos, generando un estado de lipoxidación (daños en el metabolismo de las células), el cual no permite el almacén de los lípidos [60].

Las células β -pancreáticas, frente al aumento de ácidos grasos y glucosa en sangre, secretan mayores cantidades de insulina como

fenómeno compensatorio, respuesta que con el tiempo conduce a la reversión y apoptosis de las células β -pancreáticas, exacerbando la hiperglucemia, lo que conduce a DM2 [60].

F. Criterios de diagnóstico. Según la ADA, los criterios diagnósticos para la DM2 son los siguientes [53]:

- a) Glucemia al azar ≥ 200 mg/dl. En personas que presentan síntomas típicos de niveles elevados de glucosa en sangre, como sed excesiva, aumento en la frecuencia de orina, hambre constante y pérdida de peso sin causa aparente [53].
- b) La glucemia plasmática en ayunas (o basal) ≥ 126 mg/dl. Esta prueba requiere 8 horas de ayuno (el ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas). Se debe realizar en dos oportunidades. No debe pasar más de 72 horas entre una y otra medición [53].
- c) Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) ≥ 200 mg/dl. Esta prueba debe realizarse dos horas después de una carga oral de 75 gramos de glucosa anhidra disueltos en 200 ml de agua [53].
- d) Hemoglobina glucosilada (HbA1c) $\geq 6,5\%$. Esta prueba mide el nivel de glucosa en sangre promedio durante los últimos dos o tres meses [53].

En los tres últimos casos es preciso confirmar el diagnóstico realizando una segunda determinación, ya sea de glucemia en ayunas, PTOG o HbA1c [53].

G. Tratamiento. Según el Ministerio de Salud (MINSA) el tratamiento para la diabetes incluye las siguientes recomendaciones [54]:

a) Tratamiento no Farmacológico

El abordaje inicial del tratamiento de la DM2 incluye incrementar la actividad física, adoptar una alimentación más saludable y

lograr un peso corporal adecuado. En personas recién diagnosticadas, que presenten síntomas leves, estén clínicamente estables y no tengan complicaciones, se recomienda iniciar con modificaciones en el estilo de vida antes de recurrir a medicamentos. Este enfoque se mantiene durante un periodo de 3 a 4 meses. Si tras ese tiempo los niveles de glucosa alcanzan los valores deseados, se continúa solo con los cambios de estilo de vida y controles periódicos cada 3 a 6 meses. En caso contrario, se procederá a iniciar tratamiento farmacológico [54].

b) Tratamiento farmacológico

El objetivo del tratamiento para la DM2 es mantener la glucosa en sangre dentro de valores adecuados, optimizar la sensibilidad del organismo a la insulina y evitar la aparición de complicaciones. El manejo farmacológico suele comenzar con medicamentos orales de primera elección, como la metformina o la glibenclamida. Siempre que no haya contraindicaciones, se recomienda iniciar con metformina [54].

La ADA menciona que la metformina es el medicamento más recomendable en primera línea contra las hiperglucemias mientras no exista contraindicación, por otro lado, se tienen las sulfonilureas, de la cual se desprende la glibenclamida y la glimepirida. Estos fármacos se pueden utilizar tanto en monoterapia como en terapias combinadas [53].

b).1. Terapia farmacológica inicial: Monoterapia. Además de los cambios en el estilo de vida, el tratamiento debe incluir el uso de antidiabéticos orales, y en ciertos casos, puede ser necesario el uso de insulina. El fármaco de inicio recomendado es la metformina; sin embargo, si el paciente presenta contraindicaciones o no la tolera, se puede optar por glibenclamida como alternativa [54].

- **Metformina:** Es el fármaco de primera línea en el tratamiento, ya que reduce el riesgo cardiovascular. Su principal mecanismo de acción es disminuir la producción hepática de glucosa. Además, mejora la sensibilidad a la insulina en los tejidos periféricos, optimizando su utilización [54].
- **Sulfonilureas (SU).** Son drogas que estimulan la secreción de insulina del páncreas independientemente del nivel de glucosa sanguínea por lo cual, se puede presentar hipoglucemia [54].
- **Glibenclamida.** Se cuenta con glibenclamida en tabletas de 5 mg. Los efectos colaterales más frecuentes de las sulfonilureas son hipoglucemia y aumento de peso [54].
- **Glimepirida.** Este medicamento oral en presentaciones de 2 a 4 mg. Su uso es para los siguientes casos: en el tratamiento de la DM2 en personas ≥ 65 años con hiperglucemia no controlada con medicamentos de primera línea (metformina) [54].
- **Insulinas**
 - **Insulinas de acción lenta o basal (degludec, detemir y glargina).** Inicio de acción: 1 a 2 horas post administración; duración habitual entre 22 a 26 horas. Llega al torrente sanguíneo varias horas después de la inyección y tiende a reducir los niveles de glucosa de manera bastante uniforme en periodo de 22 a 26 horas, no tiene pico máximo de acción. Es recomendable su administración diaria, y permite una alta flexibilidad en su administración [61].

- **Insulinas de acción intermedia (NPH).** Este tipo de insulina actúa en una hora y su efecto dura de 12 a 18 horas. Se usa para controlar la glucosa en ayunas o entre comidas, puede combinarse con antidiabéticos orales y es segura durante el embarazo [61].
- **Insulinas de acción rápida (regular).** Inicio de acción: 30 minutos; duración habitual: seis a ocho horas. Se debe aplicar entre 30 a 45 minutos antes de la comida con el objetivo que cubra la necesidad de insulina después de consumir alimentos [61].
- **Insulinas de acción ultrarrápida (lispro, arpart, glusilina).** Este tipo de insulina tiene un inicio de acción rápido, en unos 15 minutos, y su efecto dura entre 3 y 5 horas. Se administra poco antes de comer para controlar los niveles de glucosa durante las comidas o corregir hiperglucemias. Tiene mayor riesgo de causar hipoglucemia [61].

H. Complicaciones. La DM2 afecta muchos de los órganos principales, como el corazón, los vasos sanguíneos, los nervios, los ojos y los riñones [54]. Entre las complicaciones que pueden darse en personas con DM2 se pueden clasificar en:

a) Macrovasculares

a).1. Cardiopatía isquémica. La cardiopatía isquémica es un trastorno que se produce cuando el miocardio recibe insuficiente cantidad de sangre y oxígeno; debido a la aterosclerosis en las arterias coronarias, las responsables de suministrar sangre al miocardio. La aterosclerosis es la acumulación de grasas, células inflamatorias y colágeno en las arterias coronarias, lo que provoca un estrechamiento de arterias y disminución de la perfusión sanguínea [62]

a).2. Accidente cerebro vascular (ACV). Las personas con DM2 tienen períodos elevados de glucosa, que con el paso del tiempo deterioran los vasos sanguíneos del cerebro. Esta enfermedad afecta a las arterias, venas, capilares y nervios, ocasionando un desequilibrio entre el aporte y los requerimientos de oxígeno y otros substratos que necesita el cerebro. Los pacientes con DM2 son más vulnerables de contraer un ACV [63].

a).3. Neuropatía (pie diabético). Es una de las complicaciones macrovasculares más comunes de la DM2, indica daños a nivel del sistema nervioso periférico provocando signos o síntomas de disfunción de nervios periféricos como consecuencia de la pérdida progresiva de fibras nerviosas y se caracteriza por una afectación en los nervios que produce un dolor tipo quemadura o punzada. La mayoría de los tipos de neuropatía diabética se desarrollan progresivamente y es posible que no se presenten problemas hasta que se haya producido un daño considerable [64].

a).4. Enfermedad arterial periférica. La enfermedad arterial periférica (EAP) en pacientes con DM2 conlleva a un mayor riesgo de complicaciones locales (amputaciones) y deterioro funcional en órganos como el corazón y cerebro llevando a una mayor tasa de infartos y ACV [65].

La EAP es una manifestación de aterosclerosis sistémica, genera una obstrucción aterosclerótica crónica de los vasos periféricos, en la cual hay una obstrucción parcial o completa de una o más arterias de las extremidades inferiores. Produciendo complicaciones asociadas a las extremidades tales como claudicación intermitente, dolor isquémico en reposo, úlceras isquémicas y gangrena [65].

b) Microvasculares

b).1. Nefropatía diabética. La nefropatía diabética es una complicación crónica caracterizada por el deterioro progresivo e irreversible de la función renal, debido al daño estructural de las nefronas. Este daño provoca la filtración anormal de proteínas, como la albúmina, que se detecta en la orina. Se manifiesta por una albuminuria persistente ≥ 300 mg/día y una tasa de filtración glomerular reducida a 60 ml/min, siendo la principal causa de enfermedad renal crónica en etapa terminal [66].

b).2. Neuropatía diabética: Complicación provocada por el daño progresivo a los nervios debido a niveles elevados de glucosa y lípidos en sangre. Este deterioro puede afectar distintas partes del cuerpo y se clasifica en cuatro tipos principales: periférica, autonómica, focal y proximal [67].

b).3. Retinopatía diabética. Se origina por una microangiopatía que afecta los vasos sanguíneos de la retina. La hiperglucemia crónica produce cambios metabólicos que elevan el sorbitol intracelular, lo que provoca el engrosamiento de la membrana basal y la pérdida de pericitos, células esenciales para la estabilidad y función de los capilares retinianos [68].

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Prácticas de autocuidado.

Son acciones intencionadas y aprendidas que la persona realiza para regular aspectos que afectan su salud, bienestar y desarrollo [27].

2.3.2. Paciente

Persona que recibe atención médica para prevenir, tratar enfermedades o mejorar su bienestar [69].

2.3.3. Diabetes mellitus tipo 2

Se caracteriza por la resistencia a la insulina y por una secreción insuficiente de esta hormona debido a la disfunción progresiva de las células beta del páncreas, lo que provoca hiperglucemia. [1].

2.3.4. Glucosa

Es la principal fuente de energía del cuerpo, obtenida de los alimentos y utilizada por las células para el funcionamiento de órganos y tejidos [70].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el distrito de Chota, ubicado en la parte norte central del Perú, en el centro del departamento de Cajamarca. Su capital se encuentra en la meseta de Acunta a 2388 m s. n. m.; a 150 km al norte de Cajamarca y a 219 km al este de Chiclayo, Lambayeque, la población urbana representa el 47% y el 53% a la zona rural, figura como uno de los grupos más pobres a nivel nacional, con ciertas limitaciones de acceso a servicios básicos de saneamiento y de salud [71].

Con una longitud a nivel occidental de 78°39'29" y una latitud de 6°33'48", además posee una extensión de 261,75 km² que representa el 6,9% del total provincial, además cuenta con clima templado en la mayor parte de su territorio con una temperatura promedio de 17,8°C. El territorio del distrito de Chota limita por el norte con los distritos de Chiguirip y Conchán, por el sur con el distrito de Bambamarca (Hualgayoc), por el este con el distrito de Chalamarca, y por el oeste con el distrito de Lajas [71].

La investigación se llevó a cabo en pacientes con DM2 que fueron ubicados en sus respectivas viviendas ubicadas en la ciudad de Chota, que cuenta con aproximadamente 12,865 habitantes [71]. Esta ciudad está organizada en avenidas, jirones, pasajes, etc., lo que facilitó la localización de los participantes. La identificación de las personas con DM2 se realizó a través del padrón de pacientes con diagnóstico de DM2 que fueron atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas (JHSC). Además, el fácil acceso a las viviendas de la zona urbana de Chota, fue un factor favorable para el desarrollo del estudio.

3.2 Diseño de investigación

La presente investigación fue de enfoque cualitativo, tipo exploratorio y de diseño fenomenológico hermenéutico. Cualitativo, porque en este estudio no se utilizó estadística para la recolección y procesamiento de datos.

Exploratorio porque permitió entender los hechos y logrando entenderlos desde una perspectiva propia de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto. El diseño fenomenológico hermenéutico, porque se identificó e interpretó las diferentes prácticas de autocuidado, además, se analizó las creencias y conocimientos que tuvieron los pacientes con DM2 [72,73].

3.3 Muestra y sujeto de estudio

La muestra se constituyó por 17 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, seleccionados mediante el muestreo de participantes voluntarios, y conveniencia, es decir, quienes decidieron participar libremente en la investigación, y más accesible para la investigadora. La población total disponible fue de 120 pacientes diagnosticados con DM2 del distrito de Chota y que acudieron al Hospital José Hernán Soto Cadenillas "JHSC".

Se determinó mediante la saturación de información, es decir, el punto en el que ya no se obtienen datos nuevos ni temas relevantes adicionales. Los pacientes elegidos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y residen en la zona urbana de la ciudad. Se visitaron los domicilios de los participantes para explicarles el marco del estudio y recolectar la información de manera directa.

Criterios de inclusión fueron:

- Pacientes con diagnóstico de más de un año con DM2.
- Pacientes diagnosticados con DM2 que aceptaron participar en la investigación de forma voluntaria y firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes mayores de 18 años, registrados en la base de datos del hospital JHSC.

Criterios de exclusión fueron:

- Pacientes con DM2 que estuvieron hospitalizados.

- Pacientes con DM2 con limitaciones para la comunicación.
- Pacientes con DM2 que residieron en la zona rural de la ciudad de Chota
- Pacientes con DM2 que tuvieron alguna alteración mental.

3.4 Descripción de la metodología

3.4.1. Métodos

Técnicas de recolección de datos

Las técnicas que se utilizaron en la investigación fueron la observación científica (que nos permitió corroborar lo manifestado por los participantes permitiendo describir gestos, acciones de su vida cotidiana, entre otras); y la entrevista (para recopilar la información a través de preguntas abiertas que permitieron tener un mejor panorama del tema investigado). Siendo estos métodos fundamentales en la búsqueda de información, ya que ayudó a recolectar información sobre prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 y percibir las características principales que se quisieron estudiar, lo cual dio mayor confianza y credibilidad a los datos que se obtuvieron.

Estrategias de recolección de datos

La estrategia de recolección de datos fue la entrevista presencial (porque se realizó de manera física teniendo contacto directo con los pacientes) y semiestructurada (porque se buscó que los participantes respondan aspectos puntuales sobre sus prácticas de autocuidado, a partir de las cuales surgieron nuevas preguntas durante el desarrollo de cada una de las entrevistas), además se realizó de manera sincrónica porque se hizo en el mismo momento. Se tuvo en cuenta la observación asistemática, (se observó aspectos adicionales a la entrevista, sin definirse previamente).

Procedimiento de recolección de datos

Una vez obtenida la autorización institucional y localizada la población objetivo, se procedió a establecer contacto con los

pacientes diagnosticados con DM2. El primer contacto se realizó de manera presencial y directa en sus domicilios, los cuales fueron previamente identificados a través de la base de datos (120 pacientes) del Hospital José Hernán Soto Cadenillas.

El primer acercamiento se realizó el mismo día para todos los pacientes contactados, a fin de informarles de manera uniforme sobre el estudio. En esta visita inicial se coordinó con cada uno de ellos la fecha y hora más adecuada para realizar la entrevista y la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

Una vez identificados se optó por un cronograma flexible de visitas en sus domicilios, realizándose algunas diariamente y otras de forma inter diaria, en función de la accesibilidad geográfica, disponibilidad del paciente y de la investigadora, este periodo comprendió desde el 1 de febrero al 28 de febrero del 2025, entre las 8 am a 6 pm; la duración de la entrevista fue de 30 a 45 minutos.

Cabe resaltar que no todos los pacientes aceptaron participar en el estudio. Algunos se negaron por diversas razones, entre ellas: falta de interés, desconfianza en brindar información personal, indisposición de salud en el momento del contacto, o ausencia prolongada de su domicilio. En todos los casos de negativa, se respetó su decisión conforme a los principios éticos de voluntariedad y autonomía, sin insistencia alguna.

3.4.2. Materiales

El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue una guía de recolección con siete preguntas generales de elaboración propia en base a literatura del MINSA [7] y ADA [30], las mismas que guiaron la entrevista al generar nuevas preguntas que ayudaron a obtener aspectos puntuales sobre las prácticas de autocuidado en los pacientes con DM2.

Las preguntas del instrumento estuvieron orientadas a conocer las prácticas cotidianas de autocuidado que realizan los pacientes con DM2, enfocándose en aspectos como el control de la enfermedad, alimentación, actividad física, monitoreo de glucosa, cuidados personales (como corte de uñas y uso de calzado), uso de plantas medicinales y adherencia al tratamiento farmacológico.

Se obtuvo información que permitió identificar hábitos saludables o de riesgo, creencias culturales influyentes y posibles limitaciones en el manejo de la enfermedad. Las preguntas se organizaron de forma lógica y progresiva, iniciando con temas generales y cotidianos para generar confianza, y avanzando hacia aspectos más específicos o sensibles, como el cumplimiento del tratamiento y el uso de medicina tradicional. En su formulación se consideraron criterios como el nivel educativo, el contexto sociocultural local y la claridad del lenguaje, lo que permitió que las respuestas fueran expresadas con libertad y facilidad, brindando una visión integral de la experiencia de vivir con DM2 desde la perspectiva del propio paciente

Los ejes referenciales de autocuidado tomados en consideración para la presente investigación, fueron los siguientes:

- Alimentación
- Actividad física
- Control de glucosa
- Cuidado de los pies
- Plantas medicinales para el autocuidado
- Tratamiento farmacológico
- Creencias sobre la DM2

Para adecuar el instrumento al contexto, se solicitó la validación por parte de cinco jueces, quienes son Licenciados en Enfermería y poseen el grado de maestro. Estos jueces laboran como docentes

en la Universidad Nacional Autónoma de Chota. Se tomaron en cuenta sus recomendaciones para optimizar y mejorar el contenido de la guía de recolección de datos. Posteriormente, tras la revisión del instrumento, se llevó a cabo una prueba piloto con cinco habitantes de la ciudad de Lajas, quienes presentaban características similares a la muestra de estudio, con el objetivo de determinar si las preguntas eran claras, comprensibles, relevantes y pertinentes.

Recursos

Humanos: Pacientes, investigadora.

Recursos materiales: Equipos de grabación, guía de entrevista, y material de escritorio.

3.5 Interpretación de datos

La información obtenida de los participantes fue transcrita de manera textual y minuciosa en el procesador de textos Microsoft Word, asegurando que cada expresión, matiz y detalle narrado durante las entrevistas queden fielmente registrado. Posteriormente, se realizó una lectura exhaustiva y reflexiva de cada una de las transcripciones, con el objetivo de comprender a profundidad el contenido y comenzar a identificar patrones de sentido en los discursos. Para el análisis de la información se empleó la técnica del análisis del discurso, lo que permitió interpretar no solo el contenido literal de las respuestas, sino también el contexto, la intencionalidad y las estructuras discursivas utilizadas por los participantes.

Una vez finalizada esta fase preliminar, las transcripciones fueron importadas al software especializado en análisis cualitativo Atlas ti, versión 7.5, una herramienta tecnológica ampliamente utilizada para organizar, codificar e interpretar grandes volúmenes de información textual. Al integrar los documentos al programa, se creó el proyecto de análisis y se organizaron los documentos primarios. Luego, se llevó a cabo el proceso de codificación abierta, asignando códigos a fragmentos significativos del texto según su contenido, identificando similitudes, diferencias y

recurrencias entre los discursos. Esta codificación permitió construir unidades temáticas comunes, a partir de las cuales se generaron categorías y subcategorías que explicaron el fenómeno estudiado.

Posteriormente, se realizó el análisis axial, mediante el cual se identificaron relaciones entre las categorías y se agruparon en torno a dimensiones centrales del fenómeno. A continuación, se desarrolló un análisis selectivo, refinando las interpretaciones y validando la coherencia interna de los hallazgos. Finalmente, los resultados del análisis fueron representados mediante redes semánticas generadas por el software, facilitando una visualización estructurada, lógica y sintética de las relaciones entre categorías, subcategorías y fragmentos del discurso, lo cual permitió una comprensión profunda e integral del fenómeno desde la perspectiva de los propios participantes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el proceso de análisis e interpretación de la información obtenida de los sujetos de estudio, se identificaron dos categorías que detallan las diversas prácticas de autocuidado adoptadas por los pacientes con DM2. A partir de estas, se generaron siete subcategorías, las cuales pueden ser verificadas a través de las respuestas proporcionadas durante las entrevistas. Esto permite acercarnos a la realidad de cada paciente, reconociendo que son individuos únicos, al igual que sus experiencias. Los sujetos de estudio fueron 17 pacientes con diagnóstico de DM2, de ambos sexos, atendidos en el HJSC y residentes en la ciudad de Chota.

Utilizando el enfoque fenomenológico hermenéutico, se llevó a cabo una búsqueda e interpretación resumida de las experiencias de los pacientes diagnosticados con DM2 atendidos en el HJSC. En este proceso, se encontraron respuestas variadas, lo que permitió acercarse al significado que estos pacientes otorgan a los eventos que vivieron y a los hechos en sí mismos. A partir de las respuestas obtenidas, se lograron identificar las siguientes categorías:

CATEGORÍA I: Prácticas de autocuidado que responden al estilo de vida

Subcategoría A(CI): Actividad física

Subcategoría B(CI): Alimentación

Subcategoría C(CI): Control de glucosa

Subcategoría D(CI): Tratamiento farmacológico

Subcategoría E(CI): Cuidado de los pies

CATEGORÍA II: Prácticas de autocuidado que responden al contexto social y cultural

Subcategoría A(CII): Plantas medicinales

Subcategoría B(CII): Contexto social

4.1. CATEGORÍA I: Prácticas de autocuidado que responden al estilo de vida.

Esta categoría abarca las principales prácticas de autocuidado que realizan

los pacientes con DM2, en cuanto a su alimentación, actividad física, control de glucosa, cuidado de pies y tratamiento farmacológico. Estas acciones reflejan los esfuerzos cotidianos de los pacientes por mantener su salud y controlar su enfermedad, adoptando hábitos que responden a las recomendaciones médicas y a sus propias creencias y experiencias. Se evidencia que muchos de ellos procuran una dieta balanceada, realizan caminatas u otras formas de ejercicio, monitorean sus niveles de glucosa, cuidan sus pies para evitar complicaciones y cumplen, en la medida de lo posible, con el tratamiento farmacológico prescrito.

Esta categoría se organizó en cinco subcategorías con sus respectivas unidades temáticas que reflejaron el conjunto de acciones que los pacientes con DM2 integraron en su vida diaria para el manejo de su enfermedad. Estas prácticas permitieron comprender cómo las personas, a partir de sus conocimientos, experiencias y las recomendaciones médicas, adoptaron rutinas orientadas a preservar su bienestar y prevenir complicaciones. A través del análisis de estos aspectos, se identificaron los esfuerzos cotidianos que realizaron para asumir un rol activo en su proceso de autocuidado y afrontar de manera responsable su condición crónica, estas subcategorías se describen a continuación:

A. Subcategoría A: Actividad física

Incluye el conjunto de actividades físicas, cotidianas, que los pacientes realizan para mejorar su salud, aliviar el estrés y contribuir al control de la diabetes, está conformada por las siguientes unidades temáticas.

- **Tipo y tiempo de actividad física**

Describe las diversas prácticas físicas que los pacientes incorporan en su rutina diaria, como caminar, trabajar en el campo, o hacer tareas domésticas, hasta otras actividades más informales, como desplazarse en moto o cuidar animales; además el tiempo que dedican a estas actividades. Las respuestas de los pacientes reflejan que, en su mayoría, que las actividades físicas son parte integral de sus vidas

cotidianas y, para muchos, constituyen una forma de mantenerse activos y mejorar su bienestar general

P1: *"Yo todos los días voy al campo, aquí a Cuyumalca...caminaré una media hora o 45 minutos diarios."*

P2: *"tengo mi casa en el campo, voy caminando...caminaré una hora por lo más o menos..."*

P8: *"...en la tarde voy al campo tengo unos animalitos...tengo que irme todos los días para allá al puente [...], caminaré 1 hora diaria todos los días, así todos los días."*

P9: *"...Aquí en casa haciendo las cosas, barriendo o cocinando caminaré una media hora"*

P14: *"Voy al campo todos los días con mi esposo, tengo animalitos así voy para abajo al agro todos los días...caminaré 1 hora por lo menos todos los días."*

Revelan que los pacientes manifiestan una disposición activa hacia la realización de actividad física como parte de su autocuidado, mostrando conciencia sobre su valor en el control de la enfermedad. Esta actitud sugiere una internalización de las recomendaciones médicas y una comprensión del rol que el ejercicio cumple en la mejora del bienestar y la prevención de complicaciones asociadas a la DM2.

El hecho de que la mayoría de los pacientes caminen todos los días o casi todos los días subraya la importancia de la regularidad en la actividad física para el manejo de la diabetes y la salud en general.

Estudios previos como el de Bukhsh, et al [22], han demostrado que la actividad física constante es crucial para mejorar el control de la glucosa, la circulación, y la función cardiovascular. Si bien no todos los pacientes caminan durante el mismo tiempo, el hecho de que la mayoría haga un esfuerzo diario por moverse es un buen indicio de la importancia que le asignan al ejercicio

La mayoría de los pacientes mencionan que realizan actividades físicas como parte de su vida laboral o rutina diaria, tales como trabajar en el campo, cuidar animales y realizar tareas domésticas. Además, dedican tiempo a caminar durante 30 a 45 minutos, lo que sugiere que, aunque sus labores requieren esfuerzo físico, también encuentran espacio para incorporar actividad física de manera voluntaria y regular [31].

La actividad física no debe ser homogénea y que los pacientes deben adaptarse a sus capacidades y circunstancias personales. Para muchos, no es necesariamente una actividad formal, sino que forma parte de las tareas diarias, como caminar para ir al trabajo, realizar labores domésticas o cuidar animales. Esta flexibilidad es importante porque permite que los pacientes integren el movimiento en su vida diaria sin la necesidad de comprometerse a actividades estructuradas que pueden resultar inalcanzables debido a limitaciones físicas o falta de tiempo, como lo menciona Burgos [24].

La ADA recomienda realizar de 30-60 minutos por un mínimo de 5 veces a la semana de actividad física [30], el ejercicio físico también puede mejorar el control glucémico. Se ha demostrado que el ejercicio a corto plazo mejora la sensibilidad a la insulina y en pacientes tratados con un fármaco hipoglucemiante oral, el ejercicio tiende a disminuir las concentraciones de glucosa en sangre [31].

La actividad física en pacientes con DM2 son variadas y se adaptan a sus rutinas, capacidades y necesidades emocionales. Más allá del control glucémico, el ejercicio también contribuye al bienestar emocional y psicológico [32]. Para fomentar una mayor adherencia a la actividad física, es fundamental considerar las necesidades y preferencias individuales de cada paciente, diseñando intervenciones personalizadas que sean flexibles, accesibles y que promuevan tanto los beneficios físicos como emocionales del ejercicio [36].

La frecuencia y duración de la actividad física en los pacientes es un aspecto importante de su manejo de la DM2. La mayoría de los entrevistados camina de manera diaria y dedica entre 30 minutos y 45 minutos a estas actividades. Para fomentar la adherencia a largo plazo, es necesario proporcionar estrategias que consideren tanto las necesidades físicas como las motivacionales de los pacientes, asegurando que la actividad física sea accesible y sostenible en función de su bienestar general.

- **Limitaciones y dificultades físicas**

Aborda las barreras físicas que impiden que los pacientes realicen actividades físicas de manera regular o efectiva. Los testimonios proporcionados revelan que las limitaciones más comunes son el dolor en las rodillas, el cansancio, el miedo a las caídas y la osteoporosis. Estos factores interfieren directamente con la capacidad de los pacientes para realizar ejercicio, especialmente actividades como caminar, que es la forma más mencionada de actividad física en los testimonios.

P1: "No puedo caminar mucho, me duele las rodillas bastante..."

P3: "... ayer caminé para allá, me caí y me duele la barriga, [...] a mí me duele bastante las rodillas, no puedo caminar, recién por pasar del baño me caí, recién me estoy recuperando, tengo miedo caerme"

P4: "Aquí..., mayormente estoy en casa, porque me duele mucho las rodillas"

P7: "No camino ...porque me duele mucho las rodillas"

P11: "De caminar no camino tanto, me duele las rodillas..."

P16: "yo camino poco, porque me duele las rodillas, tengo osteoporosis por eso no camino mucho"

Con respecto a esto, el dolor de rodilla afecta principalmente a los adultos y su frecuencia aumenta significativamente con la edad, llegando a presentar disfuncionalidad de las personas mayores de 50 años, especialmente en mujeres y personas con obesidad [54]; aunque el ejercicio de fuerza adecuado puede ayudar a disminuir el dolor y mejorar la movilidad, no siempre se logra eliminar por completo la molestia ni recuperar totalmente la función articular, por lo que mantener un peso saludable, evitar la sobrecarga y consultar a un médico ante molestias persistentes son medidas recomendadas basadas en evidencia, pero no garantizan la ausencia total de síntomas ni la prevención absoluta del avance de la artrosis [53].

Estos datos concuerdan con los reportados por Burgos [24], quienes encontraron que la mayoría de los pacientes también presentan dolor en las rodillas, lo cual es un síntoma común en diversas patologías articulares. Este dolor suele estar asociado con cambios degenerativos como la osteoartritis, inflamación local o trastornos biomecánicos que afectan la función de la articulación. Además, el dolor de rodilla puede acompañar a una rigidez articular y limitación funcional, manifestándose con mayor intensidad en actividades que requieren carga o flexión repetida [53].

Estas dificultades y limitaciones para realizar actividad física también fueron encontradas en el estudio de Burgos [24], donde se señala que, aunque el ejercicio es fundamental para un envejecimiento saludable y para reducir el riesgo de enfermedades y caídas, es común que las personas mayores enfrenten restricciones físicas que dificultan su participación regular en actividades físicas.

Burgos [24] destaca que cuando existen limitaciones, la actividad física debe adaptarse a la condición de cada persona, siendo fundamental la intervención de un fisioterapeuta que diseñe programas individualizados y supervise el progreso, para así maximizar los

beneficios y minimizar los riesgos asociados al ejercicio en esta población. Esto coincide con evidencias adicionales que reconocen que la personalización de las rutinas y la adecuación a las capacidades funcionales son elementos clave para promover la actividad física en personas mayores con limitaciones [30].

Las dificultades físicas como el dolor en las rodillas afectan gravemente la capacidad de los pacientes para mantenerse activos. El dolor articular no solo reduce la cantidad de tiempo que los pacientes pueden dedicar a la actividad física, sino que también afecta la motivación para realizarla [54]. Si el dolor es constante o empeora, los pacientes pueden optar por evitar esta actividad, lo que podría contribuir al deterioro general de la salud. Es esencial que los programas de actividad física para pacientes con DM2 mencionados por Dagmawit & Yeman [23] incluyan opciones adaptadas a sus limitaciones físicas, como ejercicios de bajo impacto, que reduzcan el estrés sobre las articulaciones y aumenten la comodidad.

Así mismo, las limitaciones físicas no deben verse de forma aislada. Es necesario abordar un enfoque integral que combine la gestión del dolor, la reducción del miedo y el fortalecimiento muscular para superar las barreras de actividad física [53]. Además de considerar estrategias específicas de cada paciente, como la osteoporosis, el dolor articular o el cansancio, para proporcionar un plan de ejercicio que sea accesible y beneficioso para mejorar la salud general sin poner en riesgo la seguridad.

Las limitaciones y dificultades físicas, como el dolor en las rodillas, la fatiga, el miedo a las caídas y la osteoporosis, son barreras significativas para la actividad física de los pacientes con DM2. Estas dificultades no solo afectan la frecuencia y duración del ejercicio, sino que también pueden generar un ciclo de inactividad que agrava los problemas de salud. Para abordar estas limitaciones, es crucial diseñar intervenciones personalizadas que consideren las capacidades

individuales de cada paciente, proporcionando alternativas de ejercicio de bajo impacto, asesoramiento para la gestión del dolor y estrategias para aumentar la confianza y reducir el miedo a las caídas [31]. Un enfoque integral que combine atención médica, fisioterapia y apoyo emocional puede ser esencial para fomentar la actividad física de manera segura y sostenible en pacientes con DM2 [23].

- **Percepción del impacto en la salud**

Refleja las percepciones de los pacientes sobre cómo la actividad física influye en su bienestar general y en el manejo de la diabetes. Las respuestas sugieren que muchos pacientes consideran que caminar o realizar actividad física tiene un impacto positivo, no solo en su salud física, sino también en su bienestar emocional. Sin embargo, también se observa que las creencias varían dependiendo de la experiencia personal de cada paciente, las indicaciones médicas que han recibido y las limitaciones físicas que enfrentan.

P1: “No puedo caminar mucho...pero voy como despejar, distraer aquí me encerrada me estreso me preocupo más”

P4: “A veces salgo al parquecito a caminar un rato, como distraer”

P8: “Más me voy como distraer, ya no estoy acá metida...”

P10:” ... caminar ayuda, más me distrae a mí, me despeja ya no estoy acá metida preocupada estresada.”

P11:” ... porque sentadas acá domas me estreso, saliendo a caminar, saliendo con mis amiguitas por ahí a conversar parece que si me recupera algo de la enfermedad”.

Evidencian la percepción de la actividad física en el bienestar emocional, mencionan que la realizan para distraer, no preocuparse o aliviar el estrés. Si bien no tienen claro todos los beneficios muestran

una actitud proactiva para realizarlo, porque expresar sentirme mejor, incluso manifiestan recuperar de su enfermedad.

Así mismo también se muestran actitudes positivas y comprometidas con el autocuidado, al seguir las indicaciones médicas dentro de sus capacidades físicas. A pesar de las limitaciones y el cansancio, mantiene la disposición de realizar actividad física, lo que refleja resiliencia y conciencia sobre los beneficios del ejercicio adaptado, especialmente en contextos de envejecimiento o enfermedades crónicas.

Con respecto a la percepción física, los discursos encontrados difieren de lo reportado por Bukhsh [23], quien señaló que los pacientes consideran que no deben realizar actividad física, posiblemente debido a temores, creencias culturales o falta de información adecuada. En contraste, los testimonios analizados en este estudio revelan una mayor disposición a realizar ejercicio, aun con limitaciones físicas, lo que sugiere una actitud más abierta hacia el autocuidado activo. Esta diferencia puede atribuirse a una mejor educación en salud, acompañamiento profesional o experiencias positivas relacionadas con la actividad física. Además, estudios recientes indican que, cuando el ejercicio es adaptado a las capacidades individuales, es percibido como beneficioso y alcanzable por personas con enfermedades crónicas, lo que resalta la importancia del contexto en la construcción de percepciones sobre el cuerpo y el movimiento.

Se destaca que la DM2 no solo implica desafíos físicos, sino también una fuerte carga emocional que puede afectar directamente el control de la enfermedad. El distrés diabético, presente en un alto porcentaje de personas con DM2, refleja el agotamiento que produce el manejo constante de la enfermedad, como el control de la dieta, la glucosa y la preocupación por complicaciones [39]. Esta carga emocional influye negativamente en la adherencia al tratamiento, aumentando el riesgo de descompensaciones [35]. En este sentido, la diabetes debe

entenderse como una condición que requiere atención integral, donde el manejo emocional es tan importante como el control médico.

Además, la actividad física también ofrece beneficios psicológicos, como la reducción del estrés y la mejora del estado de ánimo, lo cual es crucial para pacientes con DM2, que pueden enfrentar tensiones adicionales relacionadas con el manejo de su enfermedad. En este sentido, la actividad física se convierte en una intervención no solo física, sino también emocional [30].

La percepción del impacto de la actividad física en la salud de las personas con diabetes ha experimentado una transformación significativa, tanto a nivel clínico como en la vivencia individual del paciente [45]. Los discursos analizados muestran que, en general, los pacientes reconocen los beneficios que el ejercicio aporta para el manejo de la diabetes, señalando mejoras en el control glucémico, la sensibilidad a la insulina y, en muchos casos, el bienestar emocional general.

Diversos estudios como el de la AHA [29, 31, 42], han documentado que la actividad física regular contribuye a la reducción de la hiperglucemia, mejora la salud cardiovascular y disminuye el riesgo de complicaciones metabólicas y vasculares. Además, la práctica sistemática de ejercicio puede disminuir los síntomas de depresión y el estrés, favoreciendo así una mejor calidad de vida.

Sin embargo, la percepción sobre la actividad física no es uniforme y puede estar influida por experiencias previas, contexto cultural, barreras físicas y el tipo de información recibida. Algunos pacientes experimentan temor o inseguridad ante la posibilidad de hipoglucemias, lesiones u otras complicaciones, especialmente si presentan comorbilidades o complicaciones asociadas a la diabetes. Esta cautela es respaldada por recomendaciones clínicas que indican adaptar el tipo, la intensidad y la frecuencia del ejercicio a las condiciones

individuales [31] y recalcan la importancia de consultar siempre con el equipo de salud antes de iniciar o modificar un programa de entrenamiento.

B. Subcategoría B(CI): Alimentación

Aborda el patrón alimenticio, rutinas de comidas y restricciones que los pacientes con diabetes realizan para controlar su glucosa. Incluye la selección de alimentos saludables, la reducción de azúcares, grasas y alimentos procesados, y el control de porciones y horarios. Los pacientes ajustan su dieta para evitar descompensaciones y mejorar el uso de insulina. Además, se resalta el rol de la educación nutricional en la toma de decisiones informadas. En conjunto, los relatos reflejan un proceso de adaptación alimentaria orientado al autocuidado y al bienestar.

- **Patrón alimenticio**

Es clave en el control de la diabetes, ya que influye directamente en los niveles de glucosa y en la prevención de complicaciones. Este patrón incluye la calidad, cantidad y frecuencia de las comidas, así como la elección de alimentos saludables y balanceados. Una distribución adecuada en desayuno, almuerzo, cena y refrigerios, junto con horarios regulares, contribuye al equilibrio metabólico. Factores como el contexto socioeconómico, los hábitos culturales y el conocimiento nutricional afectan significativamente estas elecciones. Un patrón alimenticio estructurado y adaptado favorece el autocuidado y mejora la calidad de vida del paciente. A continuación, se muestran los discursos más importantes encontrados.

***P1:** "En la mañana tomo mi avena, quinua o soya con poco azúcar, una tacita con un pancito o dos, con palta o quesito, o con huevito sancochado; en el almuerzo menestra, alverja o frejol con arroz y pollito o cualquier tipo de carnegita y con ensalada [...] en el refrigerio como una fruta, una galleta integral o mi vitamina glucerna; la cena no casi, tomo solo una agüita o una tacita de avena, algo simple y me voy a dormir porque no tengo ganas de comer [...]"*

P2: "Lo que normalmente como es sopa verde con sus huevos y a veces con su quesillito o también papita sancochada con su huevito, con una tacita de avena o soya, pero con poco azúcar, y así un platito de sopita o papa; me acostumbrado ya a tomar sin azúcar y a comer mis verduras, me trajeron estevia en polvo para endulzar [...]; azúcares nada consumo, en la media mañana una manzana o pera; en el almuerzo mi sopa de verdura con su pollito; en el almuerzo solo sopita; en la cena también como mi plato de sopa con verduras, a veces con brócoli, coliflor, zanahoria, y así todo tipo verduras."

P3: "Azúcar no como hace años desde que me detectaron la diabetes, pan también consumo poco, trato de comer verduras. En el desayuno, sancocho mi papita con cafecito, a veces como mi pancito; en el almuerzo a veces papita o fideíto en sopita, así me dan, mi sopa de verduras también, arroz con menestra a veces, ensaladas no consumo; cena ya no, una agüita o avenita a veces."

P4: "En el desayuno tomo mi avenita con pancito sino plátano sancochado, a veces soya o quinua con papita sancochada o mote pela y huevito ; en el refrigerio, a veces como naranja fuerte; en el almuerzo sopita de calluita, repollito, papita. A veces su arroz con verdura, alverja o habas, con pollito o pescado y su ensalada y su sopa de verduras. En la cena avenita con manzana así, o una agüita con pancito o una galletita o tostadas. Algo leve domas en tarde".

P6: "En el desayuno tomo mi avena sin azúcar, con un pancito, a veces con un poquito de mote o papa sancochada; en refrigerio como durazno o veces plátano de acá del serranito o plátano de freír, así domas sin sancochar le como. En el almuerzo a veces sopa de chochoca o mi papa con mi ensaladita de repollo o pepinillo con carne de pollo o de res, o chancho. También hago mi sopa de verdura le pongo zapallito, apio, poro, calluita con huesito de res. En la tarde una

agüita de anís, manzanilla o hierva luisa con una galletita de sal o una tostada”

P9: *” En el desayuno papita sancochada con una taza de avena sin azúcar a veces sopita con su huevito, o habas sancochada y huevo y una tacita de café, sin azúcar. En el almuerzo arroz con menestra con ensalada y pollo, o así domas también, a veces menestra de alverja verde o habas verdes, trato de comer verduras, de comer sano. A veces como una fruta, plátano o manzana, pero nada de dulces. En la cena una sopita de papita, a veces sopita de verdura o aguadito”.*

P11: *”Desayuno mi papa sancochado, o racacha con quesillo o su mote pela o sus habas sancochadas con su agüita de cualquier hierbita sin azúcar. En el refrigerio alguna frutita plátano o manzana o lima también. La doce su arroz con menestra de alverja o haba verde pues con su pollito o pescado o veces nada también. En el almuerzo también mi sopa breve de verduras en veces hago con mi choclo, mi alverja haba sancochada; cualquier cosita verde En tarde tomo una taza de medicina, tomo mi glucerna en la noche, con un pancito si tanto lo quiero; sino mi recachita o papita”.*

Se reflejan patrones alimenticio estructurado y relativamente equilibrado, con elecciones saludables tanto en el desayuno como en el almuerzo y el refrigerio, lo que indica cierto conocimiento sobre el manejo nutricional de la diabetes. Sin embargo, la omisión casi total de la cena revela posibles factores emocionales o físicos, como falta de apetito o temor a descompensaciones nocturnas, que pueden afectar el control glucémico y el estado nutricional. En general, se evidencia una intención de autocuidado, aunque con aspectos que podrían fortalecerse mediante orientación profesional personalizada para asegurar un patrón alimenticio completo, regular y sostenible.

Con respecto a esto, se evidencia similitud en el estudio de Burgos [24], quien también reportó la utilización de edulcorantes en la alimentación

de los pacientes. Este hallazgo es relevante, ya que el uso de edulcorantes, especialmente los no calóricos y de alta intensidad, se ha incrementado como una alternativa para reducir la ingesta de azúcares simples y controlar la ingesta calórica en poblaciones con riesgos metabólicos. Los edulcorantes pueden ser naturales, como la estevia, o artificiales, como la sucralosa y el aspartamo, y su uso está asociado con beneficios como la reducción del riesgo de caries dental y el control glucémico, aunque también existen debates respecto a sus efectos a largo plazo en el metabolismo.

Muestra una alimentación con restricciones conscientes de azúcar y pan desde el diagnóstico, lo que indica cierta toma de conciencia sobre el manejo de la diabetes. Sin embargo, también se observa una dieta monótona y con bajo consumo de verduras frescas, especialmente por la ausencia de ensaladas. Predominan alimentos como papa, fideos y sopas, muchas veces determinados por lo que le “dan”, lo que sugiere una alimentación condicionada por otros miembros del hogar o por limitaciones económicas. La cena es casi inexistente, reducida a una bebida ligera, lo cual podría implicar riesgo de descompensaciones nocturnas.

En relación a ello, los discursos recolectados coinciden con lo reportado por Dagmawit & Yeman [22], quienes evidencian que las personas con diabetes tienden a modificar sus hábitos alimentarios tras el diagnóstico, reduciendo azúcares y priorizando alimentos más saludables. Al igual que en sus hallazgos, los pacientes aquí muestran intención de estructurar sus comidas y adoptar un patrón más regulado. Sin embargo, también persisten limitaciones en la variedad nutricional y autonomía alimentaria, influenciadas por factores económicos y culturales. Esta similitud resalta la necesidad de intervenciones educativas adaptadas al contexto. Un acompañamiento nutricional adecuado puede fortalecer estos esfuerzos y favorecer dietas más completas y sostenibles.

Asimismo, el hecho de que algunos pacientes reciban la comida preparada por otros resalta una limitada autonomía alimentaria. Factores económicos, culturales y emocionales influyen en la toma de decisiones, lo que puede afectar la calidad y regularidad del patrón alimenticio [12]. En general, pese al esfuerzo por seguir una alimentación adecuada, los relatos reflejan la necesidad de mayor acompañamiento nutricional para lograr una dieta más equilibrada, variada y sostenible [13].

La dieta, como elemento central en el tratamiento de la diabetes, está estrechamente relacionada con el patrón alimenticio que adoptan los pacientes. Tal como recomienda la ADA [28], un adecuado patrón alimenticio debe priorizar el consumo de carbohidratos provenientes de fuentes ricas en fibra como vegetales, frutas, legumbres, granos enteros, nueces y semillas, los cuales contribuyen al control de la hiperglicemia, mejoran el perfil lipídico y ayudan a prevenir episodios de hipoglicemia.

En los discursos analizados, se observa un esfuerzo por reducir el consumo de azúcares y alimentos procesados, así como la incorporación de alimentos naturales como avena, verduras cocidas y frutas. Sin embargo, también se identifican patrones limitados en diversidad y presencia de cereales refinados o comidas repetitivas, lo que contrasta parcialmente con las directrices de la ADA [28]. Esta relación evidencia que, si bien hay una intención de seguir hábitos saludables, se requiere fortalecer el acompañamiento nutricional para alinear de forma más precisa el patrón alimenticio con las recomendaciones clínicas y mejorar el control integral de la DM2.

El factor tiempo influye directamente en el patrón alimenticio de los pacientes con DM2, ya que la dificultad para preparar comidas saludables o controlar rigurosamente las porciones lleva con frecuencia a recurrir a alimentos procesados o de fácil acceso, que suelen ser menos saludables. Esta situación puede conducir a

patrones alimenticios poco equilibrados, caracterizados por la repetición de comidas, baja variedad nutricional y un mayor consumo de grasas, sodio y azúcares añadidos, lo que afecta negativamente el control glucémico y el estado general de salud [19].

Ante esta realidad, es necesario que las estrategias de intervención no se limiten únicamente a la educación nutricional, sino que incluyan también herramientas prácticas que faciliten la implementación de dietas adecuadas en la vida diaria. Recomendaciones, buscan ayudar a los pacientes a estructurar sus comidas de forma más eficiente, sin requerir grandes recursos de tiempo o preparación. Estas medidas permiten adoptar un patrón alimenticio equilibrado y sostenible, favoreciendo el autocuidado y la prevención de complicaciones [19].

- **Restricciones dietéticas**

Se refiere a las modificaciones que los pacientes hacen en sus hábitos alimenticios para controlar o prevenir el aumento de los niveles de glucosa en sangre. Los pacientes evitan alimentos como azúcar, pan, harinas refinadas y otros carbohidratos de alto índice glucémico, implementando cambios en su dieta como una estrategia para mejorar su salud y controlar su condición. Estas restricciones alimentarias no solo responden a la necesidad de mantener una glucosa en niveles controlados, sino que también están influenciadas por el conocimiento y la comprensión que cada paciente tiene de su enfermedad, así como por las recomendaciones médicas que reciben; a continuación, se muestran los discursos.

P1: " *No consumo nada de dulce, ni pan, mis comidas siempre lo acompaño con ensaladas.*"

P3: " *Azúcar no como hace años desde que me detectaron la diabetes, pan también consumo poco, trato de comer verduras.*"

P7: " *La dieta sí me controlo pues, dulces no consumo hace muchos*

años, pan también rara vez que consuma [...]"

P9: *"Azúcar no consumo, hace años, pan tampoco, trato de comer verduras, ensaladas; [...], azúcar hace años que ni lo pruebo, nada de pan, trato de comer verdurita."*

P11: *"No como dulce, nada de dulce pan no como, bizcocho no como, azúcar no como, tomo la metformina también."*

P13: *"En los alimentos sí me cuido, ya me acostumbré a tomar sin azúcar, no comer pan..."*

Muestran un alto grado de conciencia y compromiso con el control alimenticio, evidenciado por la exclusión sostenida del azúcar y el pan desde hace años. Su intención de incorporar verduras y ensaladas refleja una alineación con las recomendaciones nutricionales para personas con diabetes. Este patrón alimenticio demuestra conocimiento y disciplina, claves para el manejo adecuado de la enfermedad. Sin embargo, no se detalla la frecuencia, variedad o distribución de las comidas, lo cual limita la evaluación de la calidad global de su dieta. Aun así, la consistencia en evitar alimentos de alto índice glucémico sugiere una conducta alimentaria estable. Esto refuerza la importancia del autocuidado sostenido en el tiempo.

Refleja un proceso de adaptación positiva hacia un patrón alimenticio más saludable tras el diagnóstico de diabetes. La costumbre de no consumir azúcar ni pan indica un cambio sostenido en sus hábitos, en línea con las recomendaciones para el control glucémico. Aunque el testimonio es breve, denota conciencia sobre la importancia de la dieta en el manejo de la enfermedad. Sin embargo, no se mencionan otros alimentos ni la estructura de sus comidas, lo que limita una visión completa de su rutina alimentaria. Aun así, el control dietético

expresado evidencia una actitud responsable y comprometida. Esto destaca la influencia del tiempo y la repetición en la formación de nuevos hábitos.

Respecto a estos hallazgos, se observa que difieren de lo encontrado por Burgos [24], ya que dicho autor resalta la estrecha relación entre el consumo elevado de carbohidratos de rápida absorción, altos en sacarosa y bajos en fibra, como un factor de riesgo en la DM2, en los discursos analizados predomina la reducción o eliminación de azúcares y panes, con mayor inclusión de verduras y alimentos ricos en fibra, la evidencia presentada por Burgos enfatiza que la persistencia de hábitos con alto consumo de carbohidratos refinados sigue siendo un factor de riesgo en muchas poblaciones. Así, los discursos revelan un patrón alimenticio más alineado con las recomendaciones actuales, a diferencia de lo reportado por Burgos, donde el consumo elevado de estos carbohidratos sigue estando presente y asociado a un mayor riesgo de DM2 [24].

Las respuestas de los pacientes reflejan un esfuerzo claro por reducir o eliminar alimentos como el azúcar y el pan, lo que corresponde a una estrategia esencial para controlar la glucemia en diabetes y enfermedades metabólicas. Sin embargo, la efectividad de esta restricción depende directamente de la capacidad de los pacientes para mantenerla de manera constante, lo que está condicionado por factores personales, sociales y el entorno alimentario [19].

La falta de prácticas de autocuidado de la enfermedad, el escaso apoyo social y una educación sanitaria insuficiente son causas frecuentes de incumplimiento, a lo que se suman las nuevas dinámicas de la sociedad actual, donde la tecnología y la industria alimentaria facilitan el acceso a productos ultra procesados de bajo valor nutricional, dificultando la adherencia a patrones dietéticos saludables [15,16]. Esto implica la necesidad de fortalecer intervenciones educativas, estrategias de autocontrol y apoyo social, para contrarrestar el impacto negativo que

los cambios socioculturales y tecnológicos han inducido en los hábitos alimentarios diarios.

La inclusión de alimentos de origen vegetal. Esto subraya la importancia de personalizar las recomendaciones dietéticas, garantizando que sean sostenibles a largo plazo. En el caso de los pacientes con DM2, es fundamental que participen activamente en su tratamiento, adquiriendo los conocimientos, habilidades y motivación necesarios para llevar a cabo su autocuidado, lo que contribuirá a mantener su salud y bienestar, y reducirá las morbilidades asociadas a las complicaciones de la DM2 [19].

Las restricciones y adecuaciones dietéticas adoptadas por los pacientes son una base fundamental en el manejo de la DM2; sin embargo, su sostenibilidad a largo plazo requiere más que conocimiento y voluntad. Aspectos como la falta de recursos económicos para acceder a alimentos saludables, y la limitada autonomía en la preparación de comidas influyen negativamente en la adherencia [16].

Además, la ausencia de rutinas alimenticias definidas o fragmentadas por las exigencias del trabajo y el hogar comprometen la regularidad en los horarios y la calidad nutricional. Estos factores, poco visibilizados, resaltan la necesidad de estrategias integrales que contemplen no solo lo educativo, sino también el contexto real del paciente. Apoyar la construcción de entornos favorables y accesibles para una alimentación saludable es clave para mantener eficazmente las restricciones en el tiempo [55].

C. Subcategoría C(CI): Control de glucosa

El control de la glucosa en pacientes con DM2 combina el seguimiento médico regular y el autocontrol en casa mediante el uso del glucómetro. Este permite detectar variaciones diarias y tomar decisiones oportunas sobre dieta, medicación y actividad física. Registrar estos valores ofrece

información útil para ajustar el tratamiento de forma individualizada. Ambas estrategias se complementan y fortalecen la gestión personalizada de la enfermedad. Su aplicación constante mejora el autocuidado y reduce el riesgo de complicaciones.

- **Frecuencia y modalidad del monitoreo**

Hacen referencia a cada cuánto y de qué manera los pacientes con DM2, revisan sus niveles de glucosa. Esto puede hacerse mediante controles hospitalarios programados (exámenes laboratoriales) o a través del autocontrol en el hogar, utilizando un glucómetro. La elección de la modalidad y la periodicidad depende del tratamiento, el control metabólico y las indicaciones del equipo de salud, y ambas estrategias sirven para ajustar el manejo diario de la diabetes, detectar variaciones y prevenir complicaciones; a continuación, se muestran los discursos relevantes para este punto.

P1: "Será cada 15 días que voy a que me controlen como que me den pastillas..."

P4: "Me controlan a veces al mes a veces a los 2 meses o a veces al mes y medio, me voy. Cada vez que se acaba mi medicina, lo termino las pastillas de la metformina, voy que me den nuevamente"

P6: Cada mes generalmente voy, ...mi hija tiene su glucómetro, ella me saca cuanto tengo, con eso voy"

P9: "Sí, a los 15 días o al mes que me toca mi control, o me falta pastillas voy hacer consulta con el doctor, a veces se acaba la insulina también tiene que hacer receta para que traigan otra"

P12: "Sí cada un mes, cada un mes normalmente, más que todo voy cuando no tengo pastillas ahí voy y me sacan análisis del azúcar".

P13: " Mensual voy, tengo mi seguro voy que me midan como sacar mi

medicinita, me dan mis pastillas.”

P17:”... mes al mes voy pues, ... ya mañana quizás voy. En el hospital
me dan mis pastillas para la diabetes,...”

Revelan una modalidad de monitoreo principalmente hospitalaria, con una frecuencia quincenal, centrada en el control médico y la entrega de medicación. Esta práctica sugiere una dependencia del sistema de salud para el seguimiento de la enfermedad, posiblemente ante la ausencia de recursos, conocimientos o confianza para realizar el autocontrol en casa. Si bien este tipo de control periódico permite ajustar el tratamiento y supervisar la evolución del paciente, resulta limitado para detectar variaciones diarias en los niveles de glucosa, lo cual es esencial en el manejo integral de la DM2. La declaración también refleja una visión más pasiva del autocuidado, donde el control recae principalmente en los profesionales de salud.

Los hallazgos de este estudio coinciden con lo reportado por Bukhsh et al. [23], donde se señala que los pacientes con enfermedades crónicas, como la DM2, asisten periódicamente al hospital para el control de su condición. Esta práctica también fue observada en la ciudad de Chota, donde los participantes manifestaron asistir regularmente a controles médicos o utilizar métodos alternativos, como el monitoreo en casa con apoyo familiar. Estas acciones reflejan una conciencia importante sobre la necesidad de mantener la condición bajo supervisión, aunque los medios y frecuencias pueden variar según el contexto individual y familiar [23].

A pesar de esta similitud, también se evidencian diferentes niveles de acceso y recursos para el manejo de la enfermedad. Mientras algunos participantes cuentan con dispositivos como glucómetros en casa y apoyo de familiares, otros dependen exclusivamente de los controles hospitalarios. Esta situación sugiere que, aunque hay una intención

clara de autocuidado, las estrategias empleadas están fuertemente influenciadas por factores socioeconómicos, niveles de alfabetización en salud y disponibilidad de servicios [6,7].

Además de la periodicidad en los controles médicos, los datos revelan que varios participantes recurren a estrategias informales y familiares para el monitoreo de su salud, como el uso del glucómetro por parte de un hijo o familiar cercano. Esta práctica, aunque no institucionalizada, demuestra una forma efectiva de adaptación frente a las limitaciones del sistema de salud o a la dificultad de acceso frecuente a los servicios [33]. El involucramiento de la familia en el proceso de autocuidado se convierte así en un recurso fundamental, no solo para la vigilancia de parámetros como la glucemia, sino también como acompañamiento emocional y motivacional [26].

La mayoría de los pacientes parece tener una mentalidad reactiva con respecto al monitoreo de la glucosa, ya que la visita al hospital se realiza cuando se acaba la medicación. Esto podría indicar que la conciencia sobre la importancia de realizar controles preventivos es limitada entre algunos pacientes, quienes esperan hasta experimentar problemas o incomodidades antes de realizar un control. Este enfoque puede ser contraproducente, ya que la DM2 es una enfermedad crónica que requiere monitoreo constante para evitar complicaciones a largo plazo [54].

Por otro lado, algunos relatos evidencian una concepción empírico-práctica del autocuidado, basada más en la experiencia cotidiana que en una comprensión técnica de la enfermedad. Frases como “ella me saca cuánto tengo” o “con eso voy” reflejan un saber que circula en el contexto familiar, y que permite desarrollar prácticas de monitoreo informales pero funcionales. Esto plantea la necesidad de fortalecer el vínculo entre el conocimiento médico formal y las prácticas cotidianas que implementan los pacientes, de manera que se pueda enriquecer la autonomía de estos sin dejar de lado la orientación profesional [45].

- **Dificultades y barreras para el control**

Incluye los obstáculos para realizar controles periódicos, como el miedo al hospital, demoras en la atención y problemas logísticos. Las dificultades y barreras para el control son factores cruciales que afectan la capacidad de los pacientes para adherirse a los controles periódicos necesarios para manejar la DM2. Estos obstáculos no solo se relacionan con la falta de conocimiento sobre la importancia del control, sino también con factores emocionales, económicos y logísticos que interfieren con, el acceso oportuno y la continuidad del cuidado médico; se muestran en seguida los discursos más resaltantes.

P2: "Al hospital lo tengo un miedo ya, mejor estoy en mi casa tranquilo, ahí nos demoran en atender..."

P9: "...hasta que hagan los análisis dicen ya no hay cupo, tengo que esperar a la tarde que llegue otro doctor."

P10: "Al mes al mes me voy, En el hospital mucho me demoran, mucho me sacan sangre"

P14:"... me fui a la clínica porque en el hospital ni caso a veces te hacen."

Se puede afirmar una problemática real en el acceso oportuno a la atención médica, evidenciando demoras en la realización de análisis y restricciones por limitación de cupos disponibles para los pacientes. El hecho de que el paciente deba esperar hasta que llegue otro médico para ser atendido señala deficiencias organizativas y posible saturación del servicio de salud. Esto puede generar malestar, frustración y prolongar situaciones de riesgo para la salud de las personas, mostrando barreras concretas y estructurales en el sistema sanitario que afectan directamente la calidad y continuidad de la atención.

Los discursos recolectados en este estudio guardan relación con lo encontrado por Dagmawit & Yeman [22], quienes reportaron

experiencias similares de insatisfacción y dificultades en el acceso a los servicios de salud. Al igual que en nuestro análisis, estos autores identificaron en los testimonios de los participantes sentimientos de frustración por las demoras, la falta de cupos disponibles y la necesidad de esperar largos periodos para ser atendidos, así como un clima de desconfianza y temor hacia los entornos hospitalarios.

En ambos contextos, estas barreras estructurales y emocionales fomentan la búsqueda de alternativas de autocuidado fuera del sistema formal, lo que puede comprometer la continuidad y calidad de la atención [8]. Por tanto, los discursos actuales confirman la persistencia de limitaciones organizativas en los servicios de salud y subrayan la urgencia de implementar mejoras que aumenten la confianza y la accesibilidad para los usuarios.

Los discursos reflejan barreras significativas en el acceso y el uso de los servicios de salud, tanto a nivel estructural como emocional. Por un lado, la demora en la atención y la falta de cupos suficientes para consultas o análisis generan malestar y frustración en los usuarios, dificultando un seguimiento médico adecuado [10]. La saturación de los servicios y la necesidad de esperar largas horas, o incluso turnos con otros médicos, deterioran la percepción de calidad del sistema sanitario y afectan la continuidad en la atención.

Desde una perspectiva subjetiva, esta insatisfacción se traduce en miedo y desconfianza hacia el entorno hospitalario, como se observa en el rechazo explícito a acudir al hospital y la preferencia por permanecer en casa [54]. Estas experiencias negativas no solo promueven la evasión del sistema, sino que también pueden llevar a prácticas de autocuidado que, si bien son una respuesta adaptativa válida ante la carencia de acceso, pueden no ser suficientes para un control integral de enfermedades crónicas. En conjunto, estos testimonios muestran la importancia de fortalecer la infraestructura sanitaria, reducir tiempos de espera y fomentar un ambiente de mayor

confianza y respeto, de modo que los usuarios perciban el hospital como un espacio accesible y seguro para el cuidado de su salud.

- **Interpretación y respuesta a los resultados de glucosa**

Considera la forma en que los pacientes interpretan los resultados de sus mediciones de glucosa en sangre y cómo dicha interpretación influye directamente en su toma de decisiones diarias, particularmente en relación con otras prácticas de autocuidado como la alimentación, el ejercicio, la medicación y el monitoreo continuo, estos discursos que respaldan este punto se detallan a continuación.

P4: "...recién me ido y está en 140, entonces sigo tomando igual la misma pastilla."

P5: "Mire, yo he estado anotando aquí en un papelito, todos los resultados que nos han dicho de esta semana: el domingo he tenido 360, el lunes 414, el martes 282, el miércoles 175, el jueves 73 y justo para hoy 295..."

P7: "...estos días ha salido 133 o 140 creo, es importante para ver como estoy, porque a veces sube y porque me controlan..."

P9: "Si es importante medirse..., pero yo no quiero que me midan ya, me da miedo, me preocupo más, hoy a salido 220 cuidándome y todo, está más alto, por eso a veces compro mis pastillas cuando me falta para no ir que me midan ya"

P10: "Sí, si verdad es bueno controlarse..., pero la verdad ya no quiero que me midan, me dicen peor me preocupo, la preocupación más eleva el azúcar...no, mejor que no me midan ahí estoy más tranquilo sin preocuparme"

Se muestra que las personas no realizan el control de glucosa por miedo o temor a los resultados, reconocen la importancia de medirse, pero evitan porque si se preocupan sube aún más su glucosa. Esto pone en evidencia la importancia de abordar

programas educativos con el fin de concientizar sobre la importancia y los beneficios de realizar los controles.

Los discursos analizados presentan claras similitudes con lo reportado en el estudio realizado por Burgos [24], respecto a las prácticas reales de autocuidado en adultos mayores con DM2. En el testimonio relacionado con el registro diario de valores ("he estado anotando aquí en un papelito, todos los resultados..."), se observa un intento genuino por monitorear la condición, aunque existe una marcada fluctuación en los resultados registrados, lo que coincide con la observación de Burgos sobre prácticas de autocuidado que pueden ser inadecuadas o insuficientes para el control estable de la enfermedad [24].

A partir de los discursos analizados, se evidencia que la implementación del autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas está mediada por diversos factores, como el acceso a recursos para el monitoreo y el conocimiento propio sobre la enfermedad. Si bien los pacientes muestran interés y participación activa en el seguimiento de su salud, a menudo basan sus decisiones en resultados inmediatos, en vez de considerar tendencias a largo plazo o recomendaciones profesionales [25].

Esta situación puede conducir a ajustes insuficientes o tardíos en el tratamiento, lo que representa un riesgo para la estabilidad clínica. Además, la variabilidad en los valores reportados y la importancia que le atribuyen al control del día a día reflejan tanto el valor asignado al autocuidado como la necesidad de contar con una guía educativa continua [16].

Las prácticas de autocuidado en personas con DM2 son el resultado de un proceso de reflexión, autonomía y adaptación cotidiana frente a la enfermedad [43]. Los participantes demuestran la capacidad de tomar decisiones y realizar acciones tales como el monitoreo regular de sus valores, ajustes personales en la medicación y el registro

sistemático de resultados, lo que evidencia un reconocimiento de la responsabilidad personal en el manejo de su salud.

Sin embargo, estas prácticas, aunque activas y bien intencionadas, están fuertemente influenciadas por factores personales, socioeconómicos y familiares, lo que puede llevar a un seguimiento inconstante o insuficiente del tratamiento prescrito por los profesionales [45]. La presencia de emociones como temor, frustración o desconfianza hacia el sistema de salud también forma parte del proceso de autocuidado, condicionando tanto el acceso a los servicios formales como la preferencia por soluciones informales y domésticas [12].

En este contexto, el empoderamiento del individuo emerge no solo como la capacidad de gestionar aspectos físicos y técnicos de la enfermedad, sino también de afrontar las dimensiones emocionales y sociales asociadas al autogobierno de la propia salud. Por todo ello, estos discursos reafirman la necesidad de acompañamiento profesional continuo y de estrategias educativas que fortalezcan las competencias de autocuidado, integrando tanto el saber cotidiano del paciente como el respaldo científico del equipo de salud.

D. Subcategoría D (CI): tratamiento farmacológico

Comprende el tipo, las características y la adherencia al tratamiento, así como también al uso cotidiano, la administración y las percepciones de los pacientes sobre los medicamentos prescritos para el manejo de la DM2 y sus comorbilidades. Incluye tanto la adherencia al tratamiento como las decisiones autónomas de ajuste según el estado de salud, así como creencias, experiencias previas y barreras que influyen en su cumplimiento. Estas prácticas revelan cómo los pacientes interpretan y aplican las indicaciones médicas en su vida diaria, destacando la necesidad de acompañamiento profesional continuo para garantizar un uso adecuado y seguro de los fármacos, a continuación, se detallan los aspectos que abarcan esta subcategoría.

- **Tipos, características y adherencia del tratamiento**

Se enfoca en los fármacos utilizados por los pacientes con diabetes, tales como la metformina, glibenclamida, insulina, entre otros, así como en las características que definen su administración, como la dosis, frecuencia, vía de administración, combinación de medicamentos y el nivel de adherencia al tratamiento prescrito, esto se respalda con los discursos mostrados a continuación.

P1: *"Tomo mi pastilla, mi hija me hace acordar, ella y mi nieto viven con nosotros, tomo para la presión la captopril y la glibenclamida para la diabetes."*

P2: *"Mis pastillas también tomo metformina domas, porque ya está controlándose mi diabetes, solo una pastilla tomo."*

P3: *"La metformina en la mañana tomo dos y la tarde dos, después del desayuno y cena, tomo para la diabetes juntos con la pastilla de la presión".*

P5: *"Desde el 10 solo me están administrando insulina, ayer me ido y nuevamente ha salido alto; me han recetado insulina 2 veces al día, las 8 de la mañana 08 unidades y 8 de la noche 03 unidades."*

P6: *"Yo tomo 7 de la mañana la Lozartan, las 8:00 o 8:30 me tomo la trayenta la mitad."*

P17: *"La metformina tomo después de cada comida, después de desayuno, almuerzo y cena, también tomo la atorvastatina, captopril, paracetamol, todas estas pastillas lo tomo diario".*

Los pacientes siguen un régimen común de metformina que consiste en tomar comprimidos por la mañana o por la tarde, siempre después de las comidas principales, práctica recomendada para mejorar la tolerancia gastrointestinal y optimizar el control glucémico.

Esta dosificación, que generalmente oscila entre 1700 y 2000 mg diarios, es habitual en el tratamiento de la DM2, ajustándose según los niveles de glucosa en sangre tras 10-15 días de tratamiento. La administración conjunta con una pastilla para la hipertensión refleja el manejo frecuente de comorbilidades asociadas. Además, tomar la metformina en horarios fijos después del desayuno y la cena favorece la estabilidad glucémica y minimiza efectos adversos. La metformina actúa mejorando la sensibilidad a la insulina y reduciendo la producción hepática de glucosa, lo que contribuye a un mejor control metabólico en estos pacientes.

Se evidencia un cambio en su tratamiento probablemente por un control glucémico insuficiente. A pesar de ello, sus niveles de glucosa siguen elevados, lo que indica posibles dificultades para estabilizar la diabetes. La insulina se administra en dos dosis diarias, con 8 unidades por la mañana y 3 por la noche, buscando cubrir las necesidades metabólicas diurnas y nocturnas. Este esquema refleja un intento de ajuste terapéutico en respuesta a la falta de control. La persistencia de glucemias altas destaca la importancia de monitoreo constante y posible revisión del tratamiento. El relato muestra la complejidad de manejar la diabetes insulino dependiente.

En relación a lo expuesto, el estudio realizado por Burgos [24], reporta similitudes en cuanto a las dificultades que enfrentan los pacientes para acceder a sus tratamientos, un problema prevalente en DM2 debido a factores socioeconómicos y de sistema sanitario que afectan la adherencia terapéutica. Además, se coincide en que los medicamentos más utilizados son la metformina y la insulina, reflejando la práctica común para el control glucémico en estos pacientes. La barrera económica y el acceso limitado a medicamentos, como también la complejidad de los regímenes terapéuticos, son factores que dificultan el cumplimiento, tal como señala la literatura sobre adherencia en DM2 [54]. Esto evidencia la necesidad de intervenciones que mejoren la

disponibilidad y el soporte social para optimizar el manejo farmacológico y reducir las complicaciones asociadas.

El estudio de Bukhsh, et al. [23] indican que la falta de acceso a medicamentos por su costo y la complejidad del régimen aumentan la no adherencia, lo que se relaciona directamente con un peor control glucémico y mayor riesgo de complicaciones. Además, el soporte social favorece la autogestión y la percepción de bienestar, facilitando resultados positivos. La variabilidad en la adherencia también puede vincularse a la edad y al tipo de tratamiento, con regímenes simples y dosis fijas asociados a mejor cumplimiento. Por tanto, es imprescindible que las políticas de salud consideren estrategias que reduzcan las barreras económicas, mejoren la educación en diabetes y potencien el apoyo familiar para optimizar la efectividad del tratamiento y la calidad de vida de los pacientes.

Los discursos analizados reflejan múltiples factores socioeconómicos y familiares que influyen directamente en la adherencia al tratamiento de la diabetes. La presencia de un soporte familiar, como la convivencia con hijos o nietos, facilita el seguimiento correcto de la medicación, mientras que la carga económica limita el cumplimiento adecuado, evidenciado en la reducción de dosis por alto costo de fármacos como la glimepirida [54].

Además, se observa un manejo combinado de comorbilidades, con medicamentos para hipertensión e insulina ajustada según controles glucémicos, lo que indica la complejidad del tratamiento. Sin embargo, pese a los esfuerzos, la persistencia de niveles glucémicos elevados sugiere que factores como la accesibilidad al medicamento, la educación en salud y el seguimiento médico influyen notablemente en el control metabólico. La rutina establecida con horarios condiciona la adherencia y reduce efectos adversos, pero las barreras económicas y el desconocimiento pueden comprometer la eficacia del tratamiento. Este conjunto de elementos refleja el impacto de las condiciones

socioeconómicas y el entorno familiar en el manejo exitoso de la diabetes [65].

Si bien la mayoría de los pacientes está recibiendo tratamiento farmacológico para la diabetes, existen diferencias significativas en términos de comprensión, cumplimiento, acceso, y apoyo para su correcta administración. Las limitaciones económicas, la falta de información clara, el olvido o la confusión con los horarios, son barreras frecuentes que afectan la eficacia del tratamiento [71]. Es fundamental que el equipo de salud no solo recete medicamentos, sino que acompañe al paciente en la comprensión de su esquema terapéutico, ajuste los tratamientos según sus condiciones reales de vida y fortalezca estrategias educativas que promuevan la adherencia segura, informada y sostenible.

Asimismo, se evidencia que el apoyo familiar y comunitario juega un rol fundamental, especialmente en personas mayores, con dificultades de memoria o con bajo nivel de alfabetización en salud. Por lo tanto, no solo se requiere de un tratamiento farmacológico, sino de un acompañamiento integral, educativo y humano, que fortalezca la autonomía del paciente sin desvincularlo de su entorno social.

E. Subcategoría E(CI): Cuidado de los pies

Esta subcategoría agrupa las experiencias, conocimientos y acciones que realizan los pacientes con DM2 respecto al cuidado de sus pies, un aspecto crucial en la prevención de complicaciones como úlceras, infecciones e incluso amputaciones; se detallan a continuación estas prácticas para cuidar los pies.

- **Higiene y cuidado de los pies**

Se centra en las prácticas básicas, cotidianas y preventivas que realizan los pacientes con diabetes para mantener la higiene adecuada de sus pies, con el objetivo de evitar infecciones, lesiones y otras complicaciones asociadas a la enfermedad. La higiene y el

mantenimiento constituyen el primer nivel de cuidado dentro del autocuidado podal, siendo fundamentales para conservar la integridad de la piel, detectar precozmente cualquier anomalía y preservar la funcionalidad del pie; los discursos que sintetizan este aspecto se muestran a continuación:

P1: *"Los pies me lavo con agua y jabón y me seco bien. Las uñas me cortan mi hija así con cuidado nos han dicho para hacerlo que no sangre sin cortar la piel porque es malo dicen. Los zapatos el doctor me ha dicho que sea flojo pues porque me duele, nada de aprieto, que sean suaves cómodos, yo por eso utilizo estos zapatos me dan flojos adentro tiene como lanita que abriga."*

P2: *" Me lavo normal pues con agua a veces con jabón y lo seco bien; las uñas, así de manera normal pues. Mayormente utilizo zapato o zapatilla cuando estoy en la casa sandalias, el doctor me ha dicho zapato blandito."*

P3: *"Mis hijas cuando vienen me lavan y me cortan las uñas con cuidado. A veces utilizo zapatilla o veces zapato de telita con media siempre porque me duelen las rodillas"*

P4: *" Me lavo de manera normal con agua, a veces con jabón. También a veces me lava mi hija o mis nieto. Aquí en la casa generalmente utilizo sandalias, pero también utilizo zapato o zapatillas para salir"*

P5: *" Lo me lavo de manera normal, con agua y jabón a veces, las uñas me corto con cortaúñas de manera normal me corto siempre yo. Yo para el trabajo utilizo llanques como ahorita, también utilizo zapatillas, zapato o sandalias"*

P8: *"Yo me lavo con agua, a veces con agua y jabón así de manera normal, después de lavarme me corto las uñas, se me hace más fácil cortarme las uñas después de lavarme. Utilizo zapato flojo, así ve, cuando estoy en la casa, sandalias pues."*

P10: *"Los pies me lavo con agua y jabón, le seco y le coloco talco, así siempre me lavo; ..."*

P11: *"Mis pies lavo con agua y con jabón siempre, lo seco bien, coloco talco y medias..."*

P16: *"...me lavo con agua así a veces con jabón, las uñas también me corto yo domas. Aquí siempre utilizo pantuflas o sandalias, pero con media, para salir zapatos"*

Indican una preferencia por el calzado cómodo y posiblemente fácil de poner y quitar. Sin embargo, el uso de zapatos flojos o sandalias en pacientes con riesgo podológico, como aquellos con DM2, puede aumentar la vulnerabilidad a lesiones, traumatismos o infecciones debido a la falta de soporte y protección adecuada del pie. Esta práctica refleja un conocimiento limitado sobre la importancia de un calzado ajustado y protegido para prevenir úlceras y complicaciones, especialmente en contextos de neuropatía o mala circulación. Además, el uso de sandalias en el hogar puede exponer los pies a traumatismos o irritaciones constantes. En consecuencia, aunque la comodidad es priorizada, es fundamental educar sobre la necesidad de calzado seguro que proteja y mantenga la integridad de los pies.

Las respuestas obtenidas presentaron similitudes con los hallazgos reportados por Burgos [24], quien evidenció que muchos pacientes con DM2 no mantienen un cuidado adecuado e integral de sus pies. En dicho estudio, se identificó que la falta de conocimiento sobre prácticas específicas, como el uso de calzado apropiado y la inspección diaria, incrementaba el riesgo de lesiones y complicaciones podológicas.

Además, la omisión o superficialidad en el cuidado, como el uso de calzado flojo o sandalias, así como la higiene incompleta, contribuyen a la mayor incidencia de úlceras y amputaciones en esta población [64]. Estos resultados están respaldados por la literatura médica que señala

que el cuidado meticuloso de los pies es esencial para prevenir complicaciones en pacientes con neuropatía diabética y vasculopatía periférica. Por tanto, la educación continua y personalizada es crucial para fortalecer hábitos adecuados de autocuidado, mejorar la prevención y reducir la morbilidad asociado al pie diabético. Este enfoque integral debe incluir recomendaciones claras sobre higiene, secado, inspección y elección de calzado, aspectos que evidentemente requieren mayor énfasis en la atención primaria [65].

La práctica de lavar los pies con agua y jabón seguido de un secado cuidadoso es una medida básica recomendada para prevenir infecciones, como las micosis interdigitales, en personas con diabetes, quienes tienen mayor riesgo de alteraciones cutáneas y complicaciones podológicas debido a neuropatía y mala circulación. El secado adecuado es fundamental, ya que la humedad favorece la proliferación de hongos y bacterias que pueden desencadenar infecciones graves en estos pacientes [35].

Es clave reconocer que, si bien las medidas higiénicas básicas como el lavado y secado de los pies son fundamentales, su efectividad depende en gran medida del contexto del paciente, incluyendo factores funcionales, sociales y educativos [63]. La evidencia sugiere que la educación dirigida y el acompañamiento profesional constante disminuyen el riesgo de complicaciones graves en el pie diabético, pero la limitación física puede obstaculizar el autocuidado adecuado si no hay soporte suficiente [35].

Esto evidencia la necesidad de integrar la promoción del autocuidado con intervenciones adaptadas a las capacidades y recursos del paciente, así como garantizar acceso a servicios podológicos y seguimiento enfermero regular. La aplicación sistemática de estas estrategias puede contribuir a disminuir tasas de hospitalización y amputaciones, mejorando la calidad de vida y reduciendo costos sanitarios asociados a complicaciones avanzadas del pie diabético [62].

En la actualidad se indica que, aunque muchos pacientes con DM2 reportan realizar prácticas básicas de autocuidado de los pies como lavado y secado, existen deficiencias significativas en aspectos clave como la hidratación, el corte adecuado de uñas y la elección del calzado, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones graves como el pie diabético [63].

Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias de educación y acompañamiento en el autocuidado del pie diabético, adaptadas a las características socioeconómicas y funcionales de los pacientes. La evidencia muestra que solo con un enfoque integral que incluya educación continua, seguimiento periódico, apoyo familiar y acceso adecuado a insumos y calzado protector se puede reducir la morbilidad asociada [35].

La dependencia de terceros para el cuidado, el uso de calzado flojo o sandalias, y las barreras económicas para adquirir medicamentos o consultar con especialistas, evidencian que el autocuidado parcial no es suficiente para prevenir complicaciones graves [35]. Por ello, los profesionales de salud deben desempeñar un rol activo en la promoción, educación y supervisión individualizada del autocuidado, fomentando la adherencia y modificando conductas de riesgo. De esta manera, se contribuye a la prevención efectiva del pie diabético, la disminución de hospitalizaciones y amputaciones, así como a la mejora en la calidad de vida de las personas con diabetes.

4.2. CATEGORÍA II: Prácticas de autocuidado que responden al contexto social y cultura.

Esta categoría hace referencia a las prácticas de autocuidado influenciadas por el entorno social y cultural en el que viven los pacientes con DM2. Incluye las creencias tradicionales sobre la salud y la enfermedad, el uso de remedios naturales o terapias complementarias, las costumbres locales, así como el apoyo familiar y comunitario. Se identificó que muchos pacientes combinan el

tratamiento médico con infusiones, plantas medicinales o rituales culturales, motivados por la confianza en los saberes ancestrales. Estas prácticas reflejan cómo el contexto cultural y social puede moldear la manera en que vive y gestiona la enfermedad; se detallan a continuación las subcategorías.

A. Subcategoría A(CII): Plantas medicinales

Se enfoca en el uso de remedios naturales, plantas medicinales e infusiones que los pacientes utilizan de manera complementaria o alternativa al tratamiento convencional. A continuación, se detallan las unidades temáticas encontradas.

- **Uso de plantas medicinales**

Aborda el uso de plantas medicinales, infusiones y otros remedios naturales que los pacientes con diabetes emplean como parte de su estrategia personal de manejo de la enfermedad, ya sea como complemento al tratamiento farmacológico convencional; se detallan los discursos que respaldan esta unidad temática.

P1: "Me han dicho, bueno, mi hija pregunta por ahí por su trabajo, que es bueno tomar la hoja de higo, hervirlo y tomarlo, yo en el campo tenía una planta de higo y no sabíamos que era bueno para la diabetes y lo cortamos ["ríe"] [...]; eso siempre lo tomo señorita, lo hiervo las hojas y lo tomo, así como agua de tiempo; agua de Jamaica me han dicho que es bueno también [...]"

P2: "tomo la guayaba las hojas le hiervo y le tomo a veces estrojado también [...];insulina en hojas también habido fijese yo compro le hiervo y lo tomo".

P5: "...la flor de Jamaica, también estado usando la hoja de guayaba, también la hoja de míspero, también la hoja de higo. Siempre lo hiervo y lo tomo, así como agua de tiempo durante el día"

P7: "...que tomo son unas plantitas que traen mis hijos que viven en la selva una es la Pasuchuca y otra es los fresnos. Ese si le tomo todos los días".

P8: "... tomo la guayaba, [...] también la insulina tomo, traigo cuando me acuerdo de allá del puente, ahí tengo mi plantita, hoy estaba para que vaya y traiga para que lo deje que seque unos días [...]; pero amarga peor que chicoria; la guayaba y la insulina lo tomo estrojado, le tomo casi siempre, a veces como agua de tiempo."

P10: "... tomo una planta que lo dicen insulina, lo hiervo y lo tomo como agua de tiempo, tengo sembrado mi plantita, solo eso tomo."

P13: "...bueno yo le hiervo la canela y clavo de olor, le hiervo un ratito después a esa agüita le pongo a estrojar tres o cuatro hojitas de higo, y ese le tomo por agüita de tiempo así, [...] también le hago en infusión la hojita de laurel".

P14: "...yo siempre tomo agua de hoja higo, lo hiervo la hoja de higo y le tomo, así como agüita de tiempo, de míspero también tomo, y de hojas de zarza [...]; a veces compro unas hojitas que lo dicen insulina, en los naturistas que venden todo tipo de hierbitas ahí compro".

P15: "... mi hermano me ha dicho que tiene una plantita que se llama insulina, el tiene sembrado en su casa, el me trae pues, eso lo hiervo y lo tomo a veces lo tomo junto con las pastillas o cada vez que me acuerdo; ya sea en la mañana en ayunas después de almuerzo o la hora para ir a dormir".

P17: "Si estaba tomando la hoja de la guayaba estrojadito, una vecina me estaba trayendo. La hoja de la guayaba lo estrojaba y lo tomaba cada vez que podía".

Las personas relatan el uso tradicional de la guayaba, hoja de higo, flor de jamaica, insulina como remedio casero, consumiéndola en infusión y ocasionalmente como agua de tiempo, basado en experiencias personales y el acceso directo a la planta. Describe su sabor amargo, lo que refleja la percepción sensorial que puede influir en la frecuencia de su consumo. Este tipo de prácticas destaca la incorporación de plantas medicinales en el manejo cotidiano de la salud, especialmente en contextos rurales o con arraigo cultural. Sin embargo, la información se basa en experiencia anecdótica, sin respaldo científico claro sobre su efectividad para condiciones como la diabetes. Este discurso subraya la importancia de la tradición oral en el autocuidado y la necesidad de combinarla con orientación profesional para un manejo seguro y eficaz.

El estudio planteado guarda relación con el trabajo de Burgos [24], quien reportó que el consumo de plantas medicinales es una práctica común entre pacientes con DM2 para el manejo de la enfermedad. Al igual que Burgos, este estudio evidencia que los pacientes recurren a infusiones de plantas como hojas de higo, guayaba o plantas conocidas popularmente como “insulina” para complementar o incluso sustituir tratamientos convencionales, en un contexto donde la tradición, la accesibilidad y el bajo costo influyen significativamente en las decisiones de autocuidado.

La literatura científica reconoce que ciertas plantas, como la hoja de higo, guayaba, insulina [41-43], poseen efectos hipoglucemiantes documentados, aunque muchos remedios utilizados carecen de estudios robustos que confirmen su eficacia y seguridad. Esta integración de la medicina tradicional y popular con la medicina convencional refleja un fenómeno cultural que debe abordarse con educación y acompañamiento profesional para evitar automedicaciones riesgosas y promover prácticas seguras.

Por tanto, el uso de plantas medicinales como complemento es una estrategia frecuente, pero requiere mayor evidencia científica y un enfoque multidisciplinario para optimizar el control glucémico y reducir complicaciones en pacientes con DM2 [41].

El uso de plantas medicinales es común en las poblaciones o con acceso limitado a servicios de salud, donde la fitoterapia representa una alternativa económica y accesible para controlar la enfermedad. Sin embargo, muchas de las que se utilizan popularmente carecen de validación rigurosa, dosis estandarizadas y evaluación de posibles efectos adversos o interacciones farmacológicas. Esto implica un riesgo potencial para pacientes que puedan depender exclusivamente de estos remedios sin un seguimiento médico adecuado, lo que podría conducir a un control glucémico subóptimo y aumentar la probabilidad de complicaciones [42].

Además, la información proveniente de fuentes no reguladas, como recomendaciones familiares o comunitarias, aunque valiosa culturalmente, puede generar expectativas poco realistas sobre el control de la diabetes mediante terapias naturales. La integración de estos conocimientos tradicionales con la medicina contemporánea requiere un enfoque multidisciplinario que incluya profesionales de la salud, educadores en diabetes y expertos en fitoterapia [43].

La educación continua y el acompañamiento personalizado son claves para que los pacientes puedan combinar de forma segura estos remedios con los tratamientos farmacológicos convencionales, garantizando un manejo integral y eficaz de la enfermedad. En consecuencia, es necesario promover políticas de salud que fortalezcan la investigación sobre plantas medicinales utilizadas tradicionalmente y que capaciten a los proveedores de salud en su adecuada orientación, contribuyendo a mejorar la adherencia terapéutica, la seguridad del paciente y los resultados metabólicos en personas con DM2 [41].

A sí mismo, se subraya que el reconocimiento del uso de plantas medicinales en la población diabética debe ir acompañado de políticas y protocolos que permitan a los profesionales de la salud orientar adecuadamente a sus pacientes. Aunque la fitoterapia puede aportar beneficios, su éxito depende de estudios científicos rigurosos que respalden su eficacia, dosis y posibles interacciones con medicamentos hipoglucemiantes [43].

Además, la educación personalizada, considerando aspectos culturales, económicos y sociales, es clave para fomentar prácticas seguras y mejorar la adherencia terapéutica. Los resultados indican la necesidad de fortalecer la formación del personal sanitario en fitoterapia, promoviendo un diálogo abierto que reconozca las prácticas tradicionales pero que al mismo tiempo priorice la seguridad y el control metabólico. Así, la integración responsable de plantas medicinales puede constituir una estrategia complementaria valiosa en el abordaje de la DM2, especialmente en comunidades con acceso limitado a recursos médicos convencionales [44].

- **Creencias y efectividad percibida**

Explora las creencias, valoraciones subjetivas y experiencias personales que los pacientes con diabetes tienen respecto a la eficacia de los remedios naturales como plantas medicinales, infusiones, mezclas de hierbas y otros productos tradicionales para controlar sus niveles de glucosa en sangre. A continuación, se muestran los discursos que respaldan esta unidad temática.

P1: "Agua de Jamaica me han dicho que es bueno también; después no sé qué más será bueno".

P6: "Yo hiervo la hoja de míspero, la guayaba, el durazno esas agüitas me han dicho que es bueno que tome, siempre lo tomo".

P7: "...son plantas de la selva, mis hijos viven por allá, entonces ellos me envían, ... muchas personas se han curado así, sin pastillas, nada."

P9: "La guayaba estrojado o hervido, la hoja de higo también dice que es bueno, hervido o estrojado"

P13: "...me han dicho que es bueno; si, con eso me hago ayudar, con esas hierbitas [...]"

Los pacientes expresan una confianza generalizada en el uso de plantas como un apoyo en el manejo de su salud, basándose en recomendaciones externas sin detallar conocimientos específicos sobre su composición o efectos. Este discurso refleja una práctica común en poblaciones donde las plantas medicinales son consideradas un complemento accesible y culturalmente aceptado para el tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes.

Con respecto a esto Burgos [20] reporta también el consumo de plantas medicinales, las prácticas alimentarias, las prácticas físicas, las creencias en la eficacia de los remedios naturales también surgen, en algunos casos, como una respuesta a la insatisfacción o los efectos adversos asociados al tratamiento médico. Cuando los medicamentos provocan malestares (mareos, náuseas, dolor estomacal), o cuando no hay resultados visibles tras un tiempo de consumo, los pacientes tienden a reforzar la idea de que las plantas funcionan mejor o son menos dañinas. Esta percepción puede motivar la reducción o abandono del tratamiento convencional.

Desde una perspectiva científica, el uso continuado de infusiones naturales refleja la búsqueda de alternativas accesibles y culturales para el control glucémico, especialmente en contextos donde el acceso a medicamentos puede ser limitado. Estudios recientes como el de Burgos [24], apoyan que el agua de Jamaica puede ser un aliado en la mejora del

perfil metabólico y cardiovascular, debido a su capacidad para reducir la inflamación y el estrés oxidativo, aunque aún se requieren más ensayos clínicos robustos para definir dosis óptimas y efectos a largo plazo. Por tanto, es fundamental que los pacientes reciban educación adecuada para complementar estas prácticas con la terapia médica establecida, asegurando un manejo seguro y efectivo de la diabetes sin reemplazar tratamientos convencionales.

Los discursos analizados ponen en evidencia la persistencia y relevancia del uso de plantas medicinales en el autocuidado de pacientes con diabetes, basándose principalmente en recomendaciones familiares o comunitarias y en la confianza hacia remedios naturales considerados beneficiosos. Esta práctica refleja una dimensión cultural y social importante, donde las plantas se perciben como una ayuda accesible y natural, que complementa o incluso sustituye en algunos casos el tratamiento médico convencional. Sin embargo, la falta de conocimiento detallado sobre sus propiedades, dosis y posibles interacciones farmacológicas expone una brecha significativa en la educación sanitaria, lo que puede conducir a un manejo inadecuado de la enfermedad y a la posible postergación de terapias efectivas [44].

La creencia en la efectividad de los remedios naturales representa una dimensión esencial del autocuidado en personas con diabetes, y no puede ser entendida únicamente como una “falta de información” o como un obstáculo. Más bien, se trata de una forma de conocimiento situada, validada por la experiencia y el entorno sociocultural del paciente. Comprender estas creencias desde una mirada intercultural y respetuosa permite establecer un diálogo más abierto y eficaz entre profesionales de la salud y pacientes, fomentando la adherencia sin imponer, y reconociendo la sabiduría popular como un punto de partida para el acompañamiento terapéutico [43].

B. Subcategoría B(CII): Contexto social

Integra los elementos del entorno social y cultural que inciden en las prácticas de autocuidado, considerando el apoyo familiar, las creencias culturales y los factores socioeconómicos. A continuación, se detalla las unidades temáticas.

- **Participación familiar**

Se refiere al rol de familiares y amigos en el apoyo al paciente (recordatorios para la toma de medicamentos, ayuda en el cuidado de los pies, preparación de alimentos, etc.), estos discursos que respaldan esta unidad temática se muestran a continuación.

P1: “Mis pastillas siempre tomo, mi hija me hace acordar, ella y mi nieto viven con nosotros.” “...las uñas me cortan mi hija, así con cuidado nos han dicho para que no sangre, [...], pero mi hija me corta con cuidado”

P3: “... mis hijas cuando vienen me lavan con agua tibia y jabón, después que me lavan que cortan las unas con cuidado”.

P4:” ...cuando están mis hijos aquí mis nietitos domas me cortan las uña, me cortar así bonito con cuidado.”

P5: “... mis hijas viven en Cajamarca yo aquí vivo con mi segunda esposa, ella me apoya en lo que más sea necesario...”

P6:” ...mi hija tiene su glucómetro ella me saca cuanto tengo. Con eso voy para que me analice el doctor nuevamente.”

P7: “Mi hija es la que me baña, me peina y también me lava los pies, [...], ella me cuida porque mis demás hijos viven lejos, en la selva, en Lima; los pies me lavan con agua tibia y jabón...; las uñas también me cortan mi hija o mi nieta..., lo cortan bonito, con cuidado.”

P9: “...a veces me corta mi hija que es enfermera con cuidado me
corta a veces mi nieta también”

P15: *No casi me olvido de tomar mis hijas que hacen acordar [...]*”

Reflejan la importancia del apoyo social cercano en el manejo de la diabetes, destacando el rol fundamental que desempeña la esposa como cuidadora principal, dado que las hijas viven en otra ciudad. Este soporte diario facilita la supervisión del tratamiento, el autocuidado y la adherencia a la medicación, contribuyendo a un mejor control de la enfermedad y a la prevención de complicaciones. La presencia de un cuidador cercano es un factor protector clave, especialmente en adultos mayores o con limitaciones funcionales, y se reconoce ampliamente en la literatura como esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes con DM2.

Lo reportado en el estudio coinciden con el estudio de Burgo [24]. Quien también resalta la importancia del apoyo social en el manejo de la diabetes, enfatizando cómo el acompañamiento familiar y comunitario contribuye significativamente a la adherencia al tratamiento y al autocuidado. Burgos destaca que la educación compartida, los encuentros y talleres organizados para pacientes y sus familias fomentan un espacio de aprendizaje y apoyo mutuo, lo cual fortalece el compromiso con el control glucémico y la calidad de vida. Este apoyo va más allá del círculo familiar directo, involucrando redes sociales y actividades grupales que generan un sentido de pertenencia y motivación, elementos fundamentales para enfrentar una enfermedad crónica como la diabetes.

Asimismo, se reportaron datos similares a los de Burgos [24], con los hallazgos del presente estudio, donde la figura del cuidador usualmente un familiar cercano desempeña un papel clave en tareas cotidianas de cuidado, supervisión de la medicación y prevención de complicaciones.

La dimensión sociocultural influye directamente en la percepción y manejo de la enfermedad, pues se integran creencias, tradiciones y saberes que condicionan las prácticas de autocuidado y el uso de remedios naturales.

Los discursos analizados ponen de manifiesto la importancia central del apoyo familiar en el manejo cotidiano de la diabetes, confirmando hallazgos reportados en diversos estudios sobre el impacto positivo del soporte sociocultural en la adherencia terapéutica y el control glucémico. La participación activa de familiares cercanos, como hijos o cónyuges, en actividades clave como el recordatorio de medicación, la higiene personal y el cuidado específico de zonas vulnerables como los pies, no solo facilita el cumplimiento del tratamiento médico, sino que también previene complicaciones comunes de la enfermedad. Este acompañamiento representa un soporte instrumental y emocional fundamental, que contribuye a que el paciente se sienta respaldado, aumentado su motivación y bienestar psicológico [10].

En un plano más amplio, se destaca que la calidad de vida del paciente diabético está estrechamente vinculada con el grado de apoyo familiar percibido, particularmente en ámbitos emocionales y sociales, donde la comunicación efectiva, el respeto y la empatía juegan un rol crucial para consolidar prácticas de autocuidado sostenibles. La presencia de un cuidador principal, especialmente en contextos donde otros familiares residen lejos, evidencia el peso de relaciones de cuidado concentradas que, si bien fortalecen el manejo diario, pueden implicar carga emocional y física para los cuidadores [11].

Por ello, es imprescindible integrar estos aspectos socioculturales en las estrategias de salud pública, promoviendo educación y recursos dirigidos tanto a pacientes como a sus familias, para optimizar la adherencia terapéutica, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida en personas con diabetes. Así, el apoyo familiar se configura no

solo como un recurso práctico, sino también como un factor psicosocial clave en el control integral de la enfermedad [13].

Este tipo de apoyo resulta esencial, sobre todo en pacientes de edad avanzada o con ciertas limitaciones cognitivas o físicas. También refleja una responsabilidad compartida en el manejo de la enfermedad, donde el paciente no es un sujeto pasivo, pero sí se ve fortalecido por el respaldo constante de sus seres cercanos [25].

El rol de la familia como soporte cotidiano y emocional en el autocuidado de personas con diabetes es un factor clave para el éxito del tratamiento y la prevención de complicaciones [25]. Los relatos muestran que la adherencia terapéutica y las prácticas de cuidado personal no dependen exclusivamente de la voluntad individual, sino que están mediadas por un entorno de apoyo, afecto y acompañamiento que, cuando está presente, fortalece la capacidad de autocontrol del paciente.

A su vez, estos datos permiten reflexionar sobre la importancia de incluir a las familias en las estrategias de educación y manejo de enfermedades crónicas. Capacitar a cuidadores, ofrecer información comprensible y fomentar la corresponsabilidad en el tratamiento podría ser altamente efectivo, especialmente en contextos donde la red familiar es el principal sostén del paciente.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Las prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hacen uso frecuente de remedios naturales y los pacientes tienen una percepción positiva hacia ellos, favoreciendo el manejo integral de la enfermedad.

- Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 enfocan principalmente su autocuidado en una alimentación adecuada, toma regular de medicamentos y actividad física; sin embargo, tienen un control limitado de la glucosa, y un cuidado deficiente de los pies.

- El contexto sociocultural, incluyendo creencias tradicionales, nivel educativo, apoyo familiar y condiciones socioeconómicas, influyó en la adherencia y ejecución de las prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la ciudad de Chota.

RECOMENDACIONES

A la Universidad Nacional Autónoma de Chota

- Realizar talleres periódicos sobre autocuidado en diabetes, enfocados en alimentación saludable, monitoreo básico y cuidado de pies, aprovechando espacios presenciales o virtuales.
- Desarrollar programas de extensión universitaria en educación para la salud: A través de brigadas universitarias, campañas o talleres interdisciplinarios, se puede brindar información accesible y culturalmente pertinente a personas con diabetes y sus familias.

A los funcionarios del hospital José Hernán Soto Cadenillas

- Implementar un enfoque integral e intercultural en la atención al paciente con diabetes: Incorporar en la consulta médica una escucha activa sobre el uso de plantas medicinales, emociones asociadas a la enfermedad y condiciones sociales que puedan afectar el tratamiento, sin invalidar los saberes del paciente.
- Se recomienda implementar educación terapéutica continua con materiales adaptados al contexto local, empleando lenguaje sencillo y ejemplos cotidianos para fortalecer el autocuidado en alimentación, medicación, monitoreo glucémico y cuidado de pies, integrando también información sobre el uso responsable de remedios naturales. Esta estrategia debe ser participativa y contar con el apoyo de profesionales y familiares para mejorar la adherencia y el manejo integral de la diabetes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación Internacional de Diabetes. Guía clínica para el manejo de la diabetes [Internet]. New York, Estados Unidos: Federación Internacional de Diabetes; 2022 [consultado 28 de agosto 2023]. Disponible en: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2022 [consultado 7 de agosto 2023]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/diabetes?gad_source=1&qclid=CjwKCAiA34S7BhAtEiwACZzv4V776BhvEVe9JmAAFQg-tsY3T3qkVB7E5ITHp
3. Vásquez E, Calderón ZG, Arias J, Ruvalcaba JC, Rivera LA, Ramirez E, et al. Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. Revista No Posit Results [Internet]. 2022 [consultado 7 de agosto 2023]; 4(10):11–21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5645/564561530005/html/>
4. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. Atlas de la diabetes de la FID: estimaciones de prevalencia de diabetes a nivel mundial, regional y nacional para 2024 y proyecciones para 2050. Revista Diabetes research and clinical práctica [Internet]. 2025 [consultado 7 de julio 2025]; 5(10):183–191. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/es/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
5. Organización Panamericana de la Salud. El número de personas con diabetes en las Américas se ha triplicado en tres décadas. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 2022 [consultado 7 de agosto 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-11-2022-numero-personas-con-diabetes-americas-se-ha-triplicado-tres-decadas-segun>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 39,9% de peruanos de 15 y

- más años de edad tiene al menos una comorbilidad [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2022 [consultado 31 de agosto 2023]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903>
7. Ministerio de Salud. Perú notificó más de 32 mil casos de diabetes en todo el país desde el inicio de la pandemia [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2020 [citado 31 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-notifico-mas-de-32-mil-casos-de-diabetes-en-todo-el-pais-desde-el-inicio-de-la-pandemia/>
 8. Asociación Latinoamericana de Diabetes Mellitus. Medidas de experiencia reportadas por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Santurce, Puerto Rico: Asociación Latinoamericana de Diabetes Mellitus; 2022 [consultado 31 de agosto 2024]. Disponible en: https://www.revistaalad.com/portadas/alad_22_12_4.pdf
 9. Azriel S. Prevención e Intervención Precoz de Complicaciones. Revista Esp Endocrinol Pediátrica [Internet]. 2021 [consultado 31 de agosto 2023]; 9(17):76–92. Disponible en: <https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2021.May.650>
 10. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Estudios de coste de la diabetes tipo 2 [Internet]. Madrid, España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2020 [consultado 8 de agosto 2023]. Disponible en: <https://repisalud.isciii.es/rest/api/core/bitstreams/e0e64c83-8633-4996-baba-2fa53c1c4654/content>
 11. Sigüenza J. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en el paciente con Diabetes Mellitus [Tesis doctoral] [Internet]. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2019 [consultado 8 de febrero 2023]. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15394>

12. Universidad de Castilla La Mancha. El impacto económico de la diabetes mellitus [Internet]. Castilla, España: Universidad de Castilla La Mancha; 2022 [consultado 7 de agosto 2020]. Disponible en: http://www.diabetespractica.com/files/docs/publicaciones/138512821608_Oli va.pdf
13. Bohórquez-Moreno CE, Barreto-Vásquez M, Muvdi-Muvdi YP, Rodríguez-Sanjuán A, Badillo-Viloria MA. Factores Modificables Y Riesgo de Diabetes Mellitus Tipo 2 En Adultos Jóvenes. Revista Cienc Enferm [Internet]. 2020 [consultado 1 de setiembre 2023]; 9(17):76–92. Disponible en: <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/2631/2867>
14. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Manual de Autocuidado [Internet]. New York, Estados Unidos: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022 [consultado 7 de abril 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/elsalvador/media/5036/file/Manual%20de%20Autocuidado.pdf>
15. Ureta J, Osnayo Q, Poma Z. Autocuidado de personas con diabetes mellitus de tipo 2 en tiempos de pandemia por Sars-CoV-2 (Covid-19): Medida para la prevención de contagio. Revista de Investigación Científica Siglo XXI (2023) [Internet]. 2021 [consultado 7 de abril 2025]; 3(2):1–9. Disponible en: <https://revistas.unh.edu.pe/index.php/rcsxxi/article/download/281/723/957>
16. Solar LAP, Reguera LMG, Gómez NP. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Gac Méd Espirit [Internet]. 2014 [consultado 7 de agosto 2023]; 9(17):76–92. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
17. Sánchez-Marín KA, Palacios-Ramírez M, García-Jurado YA, Muñoz-Livas JF. Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo Dos. Revista Salud Administración [Internet]. 2021 [consultado 7 de agosto 2023]; 8(22):31–41. Disponible en: <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/206>

18. Madero-Zambrano KP, Orguloso-Bautista C. Prácticas de autocuidado que realizan pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Cartagena-Colombia, 2021. *Revista Cuid* [Internet]. 2021 [consultado 7 de abril 2025]; 13(3):76–92. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732022000300015
19. Vélez JI. Autocuidado en el paciente diabético tipo 2 en un Hospital Público de Pasaje, Ecuador [Tesis de licenciatura] [Internet]. Quito, Ecuador: Universidad Técnica de Machala; 2021 [consultado 7 de agosto 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9556438>
20. Huayta A. El conocimiento y el autocuidado en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 del hospital Hipolito Unanue de Tacna en el año 2022 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada de Tacna; 2022 [consultado 7 de agosto 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/2795/Huayta-Vizconde-Ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Flores-Pérez MN, Garza-Elizondo ME, Hernández-Cortés PL. Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. *Rev enferm Herediana* [Internet]. 2021 [consultado 7 de agosto 2024]; 8(2): 69–72. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2684>
22. Dagmawit T, Yeman B. Prácticas de autocuidado entre pacientes con diabetes en Adís Abeba. *Revista PLoS one* [Internet]. 2022 [consultado 7 de agosto 2024]; 12(1):96–102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28045992/>
23. Bukhsh A, Hing B, Zimbudzi E, Clemente L, Zoungas S, Kok-Gan C. et al. Perspectivas, experiencias y barreras de los pacientes con diabetes tipo 2 en relación con el autocuidado de la diabetes. *Revista Endocrinol Frontal (Lausana)* [Internet]. 2022 [consultado 7 de agosto 2024]; 11(17):58–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34290172/>

24. Burgos MI. Prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II- Centro de Salud Reque, 2019 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2019 [consultado 7 de agosto 2025]. Disponible en: <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/2404>
25. Naranjo-Hernández Y. Modelos meta paradigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Revista Cuba Enfermería [Internet]. 2020 [consultado 7 de agosto 2023]; 35(1):76–92. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192019000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Uribe TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Revista Cuba Enfermería [Internet]. 2020 [consultado 7 de agosto 2023]; 9(17):76–92. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/download/16870/14608/>
27. Sociedad Española de Diabetes. Estándares de cuidados en diabetes ADA. Novedades [Internet]. Madrid, España: Sociedad Española de Diabetes; 2024 [consultado 7 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.sediabetes.org/wp-content/uploads/Novedades-Estandares-ADA-2024.pdf>
28. Organización Mundial de la Salud. Dieta sana [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2023 [consultado 7 de agosto 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/healthy-diet#tab=tab_1
29. Borja GL. Alimentación saludable en la diabetes mellitus y su relación con la prevención de la enfermedad renal crónica [Tesis de especialidad]. [Internet]. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019 [citado 15 de julio de 2024]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7327/Alimentacion_BorjaCoris_Ghenia.pdf?sequence=1
30. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes - 2023.

- Diabetes Care [Internet]. Lima, Perú: American Diabetes Association; 2023 [consultado 7 de agosto 2024]. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/issue/46/Supplement_1
31. Blanco EG, Chavarría GF, Garita YM. Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2021 [consultado 15 de julio 2024]; 6(2):630–639. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/>
32. Cevallos JL, Nasillo A, Santaella N. Evaluación, seguimiento y metas de control de la diabetes mellitus tipo 2. Automonitoreo de la glucemia capilar. Revista Venezolana Endocrinología Metabolismo [Internet]. 2021 [citado 15 de julio de 2024];10(1):90-96. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/rvdem/v10s1/art07.pdf>
33. Gonzales GB, Gusman AG. Educación, orientación y acompañamiento a pacientes que viven con diabetes [Tesis de Doctorado] [Internet]. Chiapas, México: Instituto de Estudios Superiores de Chiapas Dirección de Postgrados Doctorado en Salud Pública y Gestión Sanitaria; 2023 [citado 16 de julio de 2024]. Disponible en: <https://salazarvirtual.sistemaeducativosalazar.mx/assets/652fec20ddcb0/tareas/cb1665bcecd5005ca1ac9a095522fe8bTRABAJO%20FINAL%20EDUCACION,%20ORIENTACION%20Y%20ACOMPA%20C3%91AMIENTO%20A%20PACIENTES%20CON%20DIABETES.pdf>
34. Velasco MC. Diseño y Evaluación de un Programa Centrado en la Adherencia Terapéutica [Tesis de maestría] [Internet]. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2023 [citado 16 de julio de 2024]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/57900/MIRIAM-CAROLINA-VELASCO-FUENTES-MPSICO-0521365-split-merge.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
35. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Diabetes & Foot Problems. Control de la diabetes - NIDDK [Internet]. Washington, Estados Unidos: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney

- Diseases; 2023 [consultado 7 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/healthinformation/diabetes/overview/preventing-problems/foot-problems>
36. Federación Española de Diabetes. Guía de salud oral en el paciente diabético 2022 [Internet]. Madrid, España: Federación Española de Diabetes; 2022 [consultado 16 de julio 2024]. Disponible en: https://saludoralydiabetes.es/wp-content/uploads/2022/04/Campana-Diabetes-2022-web_compressed.pdf
37. Federación Internacional de Diabetes. Diabetes y salud bucodental [Internet]. Bruselas, Bélgica: Federación Internacional de Diabetes 2023. [citado 16 de julio de 2024]. Disponible en: <https://idf.org/es/about-diabetes/diabetes-complications/diabetes-and-oral-health/>
38. Martínez-Domínguez GI, Martínez-Sánchez LI, Lopera-Valle JS, Vargas-Grisales N. LA Importancia de la adherencia terapéutica. Revista Venezolana Endocrinología Metabolismo [Internet]. 2016 [citado 16 de julio de 2024]; 14(2): 107-116. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/rvdem/v14n2/art03.pdf>
39. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Revista Venezolana Endocrinología Metabolismo [Internet]. 2015 [citado 16 de julio de 2024]; 48(6): 406-420. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-abordaje-adherencia-diabetes-mellitus-tipo2-S021265671500270X>
40. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico en pacientes adultos con en diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Santo Domingo, República Dominicana: Asociación Latinoamericana de diabetes; 2018 [citado 16 de julio de 2024]; 8(1): 35-43. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Guillermo-Guzman-7/publication/323594344_Adherencia_al_tratamiento_farmacologico_y_control_glucemico_en_pacientes_adultos_con_diabetes_mellitus_tipo_2/links/5d2c8abf299bf1547cb82c31/Adherencia-al-tratamiento-farmacologico-y-control-glucemico-en-pacientes-adultos-con-diabetes-mellitus-tipo-

[2.pdf?origin=journalDetail&_tp=eyJwYWdlIjoiam91cm5hbERldGFpbCJ9](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5220/TEISIS.pdf?origin=journalDetail&_tp=eyJwYWdlIjoiam91cm5hbERldGFpbCJ9)

41. Bazán JD. Etnobotánica de la flora medicinal del centro poblado de Llangodén alto, distrito de Lajas, Chota [Tesis de Licenciatura] [Internet] Cajamarca-Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019 [citado 17 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5220/TEISIS.pdf?sequence=1>
42. Centro de Estudios Endocrinos. Insulina vegetal: la planta que te ayuda a mantener el azúcar bajo control [Internet]. Madrid, España: Centro de Estudios Endocrinos; 2025 [consultado 20 de junio 2025]. Disponible en: https://centrodeestudiosendocrinos.es/insulina-vegetal-la-planta-que-te-ayuda-a-mantener-el-azucar-bajo-control/?expand_article=1&expand_article=1
43. Pan-American Life Insurance Gro. Cómo preparar té de hojas de higo y para qué usarlo [Internet]. New, York: Pan-American Life Insurance Gro; 2022 [consultado 7 de abril 2025]. Disponible en: <https://palig.com/es/us/wellness-hub/p/como-preparar-te-de-hojas-de-higo-y-para-que-usarlo>
44. Aranda-Ventura J, Mego R, Delgado H. Efecto de los extractos de *Geranium ayavacense* W. (Pasuchaca) sobre la glicemia en ratas con diabetes mellitus experimental. *Revista Perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2022 [consultado 7 de abril 2025]; 31(2):76–92. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000200010#:~:text=El%20Geranium%20ayavacense%20Willd%20C%20es,y%20lesiones%20g%C3%A1stricas%20\(8\).](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000200010#:~:text=El%20Geranium%20ayavacense%20Willd%20C%20es,y%20lesiones%20g%C3%A1stricas%20(8).)
45. Ortiz C. Aceptabilidad y efecto hipoglucemiante de la infusión de hoja de mango (*Mangifera indica*) y cáscara de arándanos (*Vaccinium myrtillus*) en la diabetes mellitus tipo 2 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Huacho, Perú: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2020 [consultado 7 de agosto 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/7020>

46. La Nación. Los increíbles beneficios de las hojas de guayaba para la salud [Internet]. Bogotá, Colombia: La Nación; 2024 [consultado 6 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/cuidado-cuerpo-belleza/los-increibles-beneficios-de-las-hojas-de-guayaba-para-la-salud-nid07082024/>
47. El País. Laurel: así se puede consumir para bajar el azúcar en la sangre [Internet]. San Tiago, Chile: El País; 2025 [consultado 6 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.elpais.com.co/salud/laurel-asi-se-puede-consumir-para-bajar-el-azucar-en-la-sangre-0530.html>
48. Minchola-Castañeda K, Luzuriaga-Tirado E, Montalvo-Rodríguez A, Moncada-Carrera J, Morales-Ibañez F, Gil-Reyes W. Propiedades beneficiosas del yacón (*smallanthus sonchifolius*) en la salud. Revista Más Vita [Internet]. 2022 [consultado 7 de agosto 2023]; 35(1):268–273. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/401/1063>
49. The University Of Texas At El Paso. Flor de Jamaica [Internet]. Texas, Estados Unidos. The University Of Texas At El Paso; 2025 [consultado 6 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.utep.edu/herbal-safety/hechos-herbarios/hojas-de-datos-a-base-de-hierbas/flor-de-jamaica.html>
50. Pérez F. Aislamiento y caracterización estructural de los principios activos hipoglucemiantes de *Rubus floribundus* Kunth (Rosaceae) “zarzamora”. Revista Arnaldoa [Internet]. 2020 [consultado 7 de agosto 2024]; 22(3):81–94. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/314183785_Aislamiento_y_caracterizacion_estructural_de_los_principios_activos_hipoglucemiantes_de_Rubus_floribundus_Kunth_Rosaceae_zarzamora/link/58b8fe26a6fdcc2d14d9aa8a/download
51. Blanco E, Chavarría G, Garita Y. Estilo de vida saludable en diabetes mellitus

- tipo 2: beneficios en el manejo crónico. Revista Médica Sinergia. [Internet]. 2021 [citado 16 de febrero de 2023]; 6(2): 635-639. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/>
52. Hernández C. Prevalencia de factores de riesgo modificables y no modificables en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de 30 a 70 años [Tesis de licenciatura] [Internet]. Ciudad de México, México: Universidad Autónoma de México; 2021 [consultado 7 de agosto 2024]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000816616/3/0816616.pdf>
53. Asociación Americana de Diabetes. Estándares de atención en diabetes guía 2023 para atención primaria [Internet]. 2023. [citado 20 de febrero 2023]. Disponible en: <https://saludescolar.org/wp-content/uploads/2023/07/guia-diabetes-asociacion-americana-diabetes.pdf>
54. Ministerio de Salud. Documento Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel De Atención [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2015 [citado 20 de febrero 2023]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
55. Fundación Redgdps. Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Madrid, España: Fundación Redgdps; 2022 [consultado 7 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2022/12/Guia-de-actualizacion-DM2-Patxi-Ezkurra-2016.pdf#page=26>
56. Sociedad Peruana de Endocrinología. Congreso Internacional en prediabetes y síndrome metabólico. Consenso peruano sobre prevención y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Lima, Perú: Sociedad Peruana de Endocrinología; 2020 [consultado 7 de agosto 2024]. Disponible en: <https://endocrinoperu.org/sites/default/files/Consenso%20Peruano%20sobre%20Prevencion%20y%20Tratamiento%20de%20Diabetes%20Mellitus%20>

[%20Sindrome%20Metabolico%20y%20Diabetes%20Gestacional.pdf](#)

57. Vázquez E, Calderón ZG, Arias J, Ruvalcaba JC, Rivera LA, Ramírez E. Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. CINUSA [Internet]. 2019 [citado 28 de junio de 2024]; 4(10):1011-1021. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5645/564561530005/html/>
58. Pech-Puebla D, Lira-Mandujano J, Cruz-Morales SE, Reynoso-Erazo L. Ansiedad, depresión, calidad de vida y consumo de tabaco en personas con diabetes mellitus tipo 2. Health and Addictions / Salud y Drogas [Internet]. 2021 [citado 30 de junio 2024]; 21(1):91-110. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/JenniferLiraMandujano/publication/349983496_Ansiedad_depresion_calidad_de_vida_y_consumo_de_tabaco_en_personas_con_Diabetes_Mellitus_tipo_2/links/605a8231299bf1736764447c/Ansiedad-depresion-calidad-de-vida-y-consumo-de-tabaco-en-personas-con-Diabetes-Mellitus-tipo-2.pdf
59. Universidad de California. La diabetes y el alcohol [Internet]. San Francisco, Estados Unidos: Universidad de California; 2021 [citado 30 de junio 2024]. Disponible en: <https://dte.ucsf.edu/es/la-vida-con-diabetes/dieta-y-nutricion/ladiabetes-y-el-alcohol-2/>
60. Mera- Richard Flores R, Colamarco-Delgado DC, Rivadeneira-Mendoza Y, Fernández-Bowen M. Aspectos generales sobre la diabetes: fisiopatología y tratamiento. Revista Cuba Endocrinología [Internet]. 2021 [consultado 7 de agosto 2024]; 32(1):76–92. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubend/rce-2021/rce211j.pdf>
61. Federación Mexicana de Diabetes, A.C. Consenso sobre tratamiento con insulina en la diabetes tipo 2 [Internet]. Ciudad de Mexico, Mexico: Federación Mexicana de Diabetes; 2018 [citado 6 de julio 2024]. 65(1):1-8 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-consenso-sobre-tratamiento-con-insulina-S2530016418300302>
62. Fundación Española del Corazón. Cardiopatía isquémica [Internet]. Madrid,

- España: Fundación española del corazón; 2022 [citado 25 de abril 2024]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html>
63. Instituto del Corazón de Texas. Accidente cerebrovascular [Internet]. Houston, Estados Unidos: Instituto del corazón de Texas; 2023 [citado 26 de abril 2024]. Disponible en: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/accidente-cerebrovascular/>
64. Muñoz-Galvis LM, Uribe-Ríos A, Martínez D. Conocimientos del pie diabético en el personal médico en formación de la Universidad de Antioquia. IATREIA [Internet]. 2022 [citado 26 de abril 2024]; 35(1):40-47. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v35n1/0121-0793-iat-35-01-40.pdf>
65. Mayorga J. Factores asociados a la enfermedad arterial periférica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una población de un Centro Médico del Oriente Colombiano [Tesis de licenciatura] [Internet]. Bogotá, Colombia: Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2022 [consultado 7 de agosto 2023]. Disponible en: <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/16063>
66. Villena A. Factores de riesgo de Nefropatía Diabética. Acta méd. Perú [Internet]. 2021 [citado 26 de abril 2024]; 38(4); 283-294. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172021000400283
67. Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales. Neuropatías diabéticas: el daño de los nervios [Internet]. Maryland, Estados Unidos: Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales; 2022 [citado 26 de abril 2024]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/prevenir-problemas/neuropatias-diabeticas#:~:text=La%20neuropat%C3%ADa%20diab%C3%A9tica%20es%20un,el%20coraz%C3%B3n%20y%20la%20vejiga>

68. Organización Panamericana de la Salud. Acerca de diabetes [Internet]. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 26 de abril 2024]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6717:2012-about-diabetes&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
69. Real Academia Española. Definición paciente [Internet]. Lima, Perú: Real Academia Española; 2024 [consultado 7 de agosto 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/paciente>
70. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes - 2023. Diabetes Care [Internet]. 2023 [citado 8 de julio 2024]; 46(1):41-48. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/issue/46/Supplement_1
71. Municipalidad Provincial de Chota. Ubicación Geográfica Chota. [Internet]. Chota, Perú: Municipalidad Provincial de Chota; 2015 [consultado 25 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://www.munichota.gob.pe/ubicacion-geografica>
72. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas [Internet]. 1° ed. Ciudad de México, México: McGraw Hill. Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014 [consultado 03 de octubre 2023]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
73. González L, Martínez C. La investigación cualitativa, una herramienta ética en el ámbito pedagógico. Revista Conrado [Internet]. 2020 [consultado 7 de agosto 2023]; 16(75):103–110. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000400103

ANEXOS

Anexo 1. Carta de invitación



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**

**Escuela Profesional de
Enfermería**

***“Prácticas de autocuidado
en pacientes con diabetes
mellitus tipo 2 del distrito
de Chota, 2025”***

INVITACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

“Prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del distrito de Chota, 2025”

Chota...de.....del 2025

Estimado (a) participante:

Mi nombre es Yovana Lizbeth Acuña Díaz y soy Bach. de la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH – Chota. Lo invito a participar en la investigación “Prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del distrito de Chota 2024”, la que tiene como propósito interpretar las principales prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2.

La participación es totalmente voluntaria, confidencial y consiste básicamente en responder las preguntas de una guía de entrevista, con la mayor sinceridad y atención. No tomará más de 30 minutos para ser completado.

Su participación será importante para llevar a cabo este estudio, pues se obtendrá información que permitirá comprender las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2.

Gracias por su tiempo para responder a la entrevista.

Atentamente,

Yovana Lizbeth Acuña Díaz

Autora de la investigación

Celular: 927961070

Anexo 2. Consentimiento informado

Título de la investigación:

“Prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus Tipo 2 del distrito de Chota, 2025”

Objetivo de la investigación:

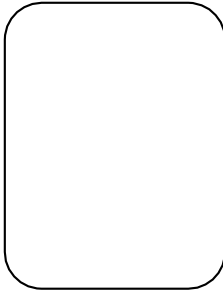
Interpretar las principales prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2025”

Yo,.....identificada con DNI N°....., mediante la información dada por la Bach. de Enf. Yovana Lizbeth Acuña Díaz; acepto brindar la información solicitada por la investigadora de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

El propósito de la investigación será identificar las principales prácticas de autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2 y comprender el contexto sociocultural, familiar y personal en el que estas se desarrollan, con el fin de aportar información clave para diseñar intervenciones educativas y programas de salud que fomenten un autocuidado integral, efectivo y adaptado a las realidades de la población.

Chota...de..... del 2025.

Firma



Anexo 3. Formato de Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Profesional de
Enfermería

***“Prácticas de autocuidado en
pacientes con diabetes mellitus
tipo 2 del distritito de Chota,
2025”***

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DM2

INSTRUCCIONES: La presente guía será utilizada sólo para fines de investigación científica. Se le ruega responder con la máxima sinceridad en sus respuestas. Muchas gracias por su participación.

I. Datos generales

- **Nombres y Apellidos:**.....
- **N° celular:****Sexo:** (F)
(M)
- **Procedencia:****Edad:**años
- **Grado de instrucción:**.....**Ocupación:**.....
- **Estado civil:**.....**Tiempo de enfermedad:**.....
- **Antecedentes familiares:**
- **Cuenta con el apoyo familiar para afrontar la enfermedad:** si () no ().
- **Presenta hipertensión arterial:** si () no ()
- **Presenta ceguera:** si () no ()
- **Presenta pie diabético** si () no ()
- **Realiza algún tipo de ejercicio físico**.....
- **Acude a controles médicos de su enfermedad:** si () no ()

II. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

1. ¿Qué actividades realiza diariamente para controlar la DM2?

.....
.....

2. ¿Qué alimentos habitualmente consume, en el desayuno, almuerzo, cena, refrigerio y que proporción?

.....
.....

3. ¿Podría describir cómo es su actividad física diariamente; piensa que esta influye en su enfermedad?

.....
.....

4. ¿Cómo y con qué frecuencia realiza el control de su glucosa, y qué importancia le atribuye a este cuidado en su vida diaria?

.....
.....

5. ¿Cómo realiza el corte de sus uñas y qué tipo de calzado utiliza?

.....
.....

6. ¿Utiliza algunas plantas medicinales, para complementar su tratamiento? Puede mencionarlas.

.....
.....

7. ¿Podría describir si actualmente toma algún tipo de medicamento para la diabetes? Además, ¿ha experimentado en alguna ocasión el olvido de tomar su medicamento? Si es así, ¿con qué frecuencia sucede y cómo maneja esas situaciones?

.....
.....

Anexo 4. Matriz de consistencia

Título	Preguntas orientadoras	Objetivos	Técnicas e instrumentos
Prácticas de autocuidado en pacientes con DM2 del distrito de Chota, 2025	<p>¿Cuáles son las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota, 2025?</p> <p>¿Cuál es el contexto cultural de las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2025?</p>	<p>General</p> <p>Interpretar las principales prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2025</p> <p>Específicos</p> <p>Identificar las principales prácticas de autocuidado que realizan los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2025.</p> <p>Comprender el contexto socio cultural de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2025</p>	<p>Técnicas</p> <p>-Entrevista semi estructurada</p> <p>-Observación científica</p> <p>Instrumento</p> <p>-Guía de entrevista</p>

ANEXO 5: Red Semántica



Anexo 6. Validación de instrumento por jueces



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Escuela Profesional de Enfermería

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUECES

I. PRESENTACIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tiene la condición de enfermedad crónica y está relacionada con el tratamiento de nivel complejo que tiene, demandando que la persona que está diagnosticada con esta patología se adhiera al tratamiento casi en su totalidad.

En los pacientes que padecen esta enfermedad, un componente fundamental en el tratamiento, son las prácticas de autocuidado, estas se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. El paciente con DM2, debe participar activamente, exigiendo tener los conocimientos, habilidades y motivaciones para desempeñar su autocuidado con el fin de mantener su salud y bienestar

La investigación Prácticas de autocuidado en pacientes con DM2 del distrito de Chota, permitirá recopilar datos que facilitarán el análisis de la realidad de las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2, examinando sus prácticas de autocuidado y cómo estas influyen en su entorno social.

Existen múltiples investigaciones realizadas que están orientadas a medir, el nivel de conocimiento de autocuidado, efectividad de programas educativos etc., pero aún no se han encontrado investigaciones de tipo cualitativas que investiguen como se da el autocuidado en personas con DM2

II. DATOS GENERALES

2.1. Título del Proyecto: Prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del distrito de Chota, 2024

2.2. Autor(es) del Proyecto: Yovana Lizbeth Acuña Díaz

2.3. Preguntas orientadoras:

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024?

¿Cuál es el contexto socio cultural de las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024?

2.4. Objetivos:

Objetivo general

Interpretar las principales prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024

Objetivos específicos

Identificar las principales prácticas de autocuidado que realizan los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024.

Comprender el contexto socio cultural de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024.

2.5. Guía de entrevista semiestructurada:

Prácticas de autocuidado en pacientes con DM2

La presente entrevista es confidencial y será utilizado sólo para fines de investigación científica.

Pregunta 1: ¿Qué actividades realiza diariamente para controlar la DM2?

Adecuación : ADECUADA

Suficiencia : SUFICIENTE

Pertinencia : PERTINENTE

Relevancia : RELEVANTE

Claridad : Especificar las actividades

Pregunta 2 : ¿Qué alimentos habitualmente consume, en el desayuno, almuerzo, cena, refrigerio y que proporción?

Adecuación : ADECUADA
Suficiencia : SUFICIENTE
Pertinencia : PERTINENTE
Relevancia : RELEVANTE
Claridad : CLARA

Pregunta 3: ¿Podría describir cómo es su actividad física diariamente; piensa que esta influye en su enfermedad?

Adecuación : ADECUADA
Suficiencia : SUFICIENTE
Pertinencia : PERTINENTE
Relevancia : RELEVANTE
Claridad : Son dos preguntas pueden ir por separado

Pregunta 4 : ¿Realiza control de su glucosa? ¿cree que es importante controlar su glucosa?

Adecuación : ADECUADA
Suficiencia : SUFICIENTE
Pertinencia : PERTINENTE
Relevancia : RELEVANTE
Claridad : CLARA

Pregunta 5 : ¿Cómo realiza el corte de sus uñas y qué tipo de calzado utiliza?

Adecuación : ADECUADA
Suficiencia : SUFICIENTE
Pertinencia : PERTINENTE
Relevancia : RELEVANTE
Claridad : Especificar sobre el corte de uñas, ayudaría a comprender la pregunta a los participantes.

Pregunta 6 : ¿Utiliza algunas plantas medicinales, para complementar su tratamiento? Puede mencionarlas.

Adecuación : ADECUADA
Suficiencia : SUFICIENTE
Pertinencia : PERTINENTE
Relevancia : RELEVANTE
Claridad : CLARA

Pregunta 7: Puede describir si toma algún tipo de medicamentos para la diabetes. ¿Alguna vez olvidó tomar su medicamento?

Adecuación : ADECUADA
Suficiencia : SUFICIENTE

Pertinencia : PERTINENTE
Relevancia : RELEVANTE
Claridad : CLARA

Adecuación: por qué es adecuada o no para la población a la que se dirige.
Suficiencia: por qué es suficiente o no para el tema en estudio.
Pertinencia: por qué pertenece o no al tema en estudio.
Relevancia: por qué contribuye significativamente o no al tema en estudio.
Claridad: por qué es entendible y comprensible o no para la población a la que se dirige.

III. DATOS DEL JUEZ

3.1. Apellidos y Nombres: Acuña Díaz Delis Alexander

3.2. Institución laboral: Universidad Nacional Autónoma de Chota

3.3. Profesión/Grado Académico: Lic. Enfermería /Maestro en Salud Pública

3.4. Área de desempeño: Docencia

3.5. Número de contacto: 964054293

IV. VEREDICTO DE APLICABILIDAD

El instrumento cumple con los criterios establecidos y puede ser aplicado para la investigación, realizar los ajustes sugeridos.



Mg. Delis A. Acuña Díaz
LIC. ENFERMERÍA
C.E.P. 80267

.....
FIRMA DE JUEZ

Nº Colegiatura: 73490

DNI: 45561533

LUGAR Y FECHA: Chota, 26 de diciembre del 2024

Anexo 6. Validación de instrumento por jueces



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Escuela Profesional de Enfermería

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUECES

I. PRESENTACIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tiene la condición de enfermedad crónica y está relacionada con el tratamiento de nivel complejo que tiene, demandando que la persona que está diagnosticada con esta patología se adhiera al tratamiento casi en su totalidad.

En los pacientes que padecen esta enfermedad, un componente fundamental en el tratamiento, son las prácticas de autocuidado, estas se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. El paciente con DM2, debe participar activamente, exigiendo tener los conocimientos, habilidades y motivaciones para desempeñar su autocuidado con el fin de mantener su salud y bienestar

La investigación Prácticas de autocuidado en pacientes con DM2 del distrito de Chota, permitirá recopilar datos que facilitarán el análisis de la realidad de las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2, examinando sus prácticas de autocuidado y cómo estas influyen en su entorno social.

Existen múltiples investigaciones realizadas que están orientadas a medir, el nivel de conocimiento de autocuidado, efectividad de programas educativos etc., pero aún no se han encontrado investigaciones de tipo cualitativas que investiguen como se da el autocuidado en personas con DM2

II. DATOS GENERALES

2.1. Título del Proyecto: Prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del distrito de Chota, 2024

2.2. Autor(es) del Proyecto: Yovana Lizbeth Acuña Díaz

2.3. Preguntas orientadoras:

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024?

¿Cuál es el contexto socio cultural de las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024?

2.4. Objetivos:

Objetivo general

Interpretar las principales prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024

Objetivos específicos

Identificar las principales prácticas de autocuidado que realizan los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024.

Comprender el contexto socio cultural de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024.

2.5. Guía de entrevista semiestructurada:

Prácticas de autocuidado en pacientes con DM2

La presente entrevista es confidencial y será utilizado sólo para fines de investigación científica.

Pregunta 1: ¿Qué actividades realiza diariamente para controlar la DM2?

Adecuación : ADECUADA
Suficiencia : SUFICIENTE
Pertinencia : PERTINENTE
Relevancia : RELEVANTE
Claridad : CLARA

Pregunta 2 : ¿Qué alimentos habitualmente consume, en el desayuno, almuerzo, cena, refrigerio y que proporción?

Adecuación : ADECUADA

Suficiencia : SUFICIENTE

Pertinencia : PERTINENTE

Relevancia : RELEVANTE

Claridad : Se puede cambiar el sentido de la pregunta ¿ Qué alimentos habitualmente consume, en el desayuno, almuerzo, cena, refrigerio y que cantidad?

Pregunta 3: ¿Podría describir cómo es su actividad física diariamente; piensa que esta influye en su enfermedad?

Adecuación : ADECUADA

Suficiencia : SUFICIENTE

Pertinencia : PERTINENTE

Relevancia : RELEVANTE

Claridad : Se puede cambiar el sentido de la pregunta ¿Qué tipo de actividad física realiza y cree de las actividades físicas influyen en su enfermedad?

Pregunta 4 : ¿Realiza control de su glucosa? ¿cree que es importante controlar su glucosa?

Adecuación : ADECUADA

Suficiencia : SUFICIENTE

Pertinencia : PERTINENTE

Relevancia : RELEVANTE

Claridad : CLARA

Pregunta 5 : ¿Cómo realiza el corte de sus uñas y qué tipo de calzado utiliza?

Adecuación : ADECUADA

Suficiencia : SUFICIENTE

Pertinencia : PERTINENTE

Relevancia : RELEVANTE

Claridad : CLARA

Pregunta 6 : ¿Utiliza algunas plantas medicinales, para complementar su tratamiento? Puede mencionarlas.

Adecuación : ADECUADA

Suficiencia : SUFICIENTE

Pertinencia : PERTINENTE

Relevancia : RELEVANTE

Claridad : CLARA

Pregunta 7: Puede describir si toma algún tipo de medicamentos para la diabetes. ¿Alguna vez olvidó tomar su medicamento?

Adecuación : ADECUADA
Suficiencia : SUFICIENTE
Pertinencia : PERTINENTE
Relevancia : RELEVANTE
Claridad : CLARA

Adecuación: por qué es adecuada o no para la población a la que se dirige.

Suficiencia: por qué es suficiente o no para el tema en estudio.

Pertinencia: por qué pertenece o no al tema en estudio.

Relevancia: por qué contribuye significativamente o no al tema en estudio.

Claridad: por qué es entendible y comprensible o no para la

III. DATOS DEL JUEZ

3.1. Apellidos y Nombres: Carranza Carranza Wilder Ovidio

3.2. Institución laboral: UNACH.

3.3. Profesión/Grado Académico: Enfermero/Maestro en Ciencias

3.4. Área de desempeño: Docencia

3.5. Número de contacto: 939709392

IV. VEREDICTO DE APLICABILIDAD

El instrumento adecuado algunas preguntas cumple los criterios para ser aplicado.



Mg. Wilder O. Carranza Carranza
C.E.P. 73490

.....
FIRMA DE JUEZ

Nº Colegiatura: 73490

DNI: 45561533

LUGAR Y FECHA: Chota, 26 de diciembre del 2024

Anexo 6. Validación de instrumento por jueces



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Escuela Profesional de Enfermería

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUECES

I. PRESENTACIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tiene la condición de enfermedad crónica y está relacionada con el tratamiento de nivel complejo que tiene, demandando que la persona que está diagnosticada con esta patología se adhiera al tratamiento casi en su totalidad.

En los pacientes que padecen esta enfermedad, un componente fundamental en el tratamiento, son las prácticas de autocuidado, estas se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. El paciente con DM2, debe participar activamente, exigiendo tener los conocimientos, habilidades y motivaciones para desempeñar su autocuidado con el fin de mantener su salud y bienestar.

La investigación Prácticas de autocuidado en pacientes con DM2 del distrito de Chota, permitirá recopilar datos que facilitarán el análisis de la realidad de las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2, examinando sus prácticas de autocuidado y cómo estas influyen en su entorno social. Existen múltiples investigaciones realizadas que están orientadas a medir, el nivel de conocimiento de autocuidado, efectividad de programas educativos etc., pero aún no se han encontrado investigaciones de tipo cualitativas que investiguen como se da el autocuidado en personas con DM2

II. DATOS GENERALES

2.1. Título del Proyecto: Prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del distrito de Chota, 2024

2.2. Autor(es) del Proyecto: Yovana Lizbeth Acuña Díaz

2.3. Preguntas orientadoras:

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024?

¿Cuál es el contexto socio cultural de las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024?

2.4. Objetivos:

Objetivo general

Interpretar las principales prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024

Objetivos específicos

Identificar las principales prácticas de autocuidado que realizan los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024.

Comprender el contexto socio cultural de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024.

**2.5. Guía de entrevista semiestructurada:
Prácticas de autocuidado en pacientes con DM2**

La presente entrevista es confidencial y será utilizado sólo para fines de investigación científica.

Pregunta 1: ¿Qué actividades realiza diariamente para controlar la DM2?

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: NO (precisar que actividades)

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : CLARA

Pregunta 2 : ¿Qué alimentos habitualmente consume, en el desayuno, almuerzo, cena, refrigerio y que proporción?

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: SUFICIENTE

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : NO (el término habitual es muy subjetivo, el participante podría considerarlo como 1 vez a la semana, al mes... debe precisarse)

Pregunta 3: ¿Podría describir cómo es su actividad física diariamente; piensa que esta influye en su enfermedad?

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: SUFICIENTE

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : NO (son dos preguntas que deben ir por separado)

Pregunta 4 : ¿Realiza control de su glucosa? ¿cree que es importante controlar su glucosa?

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: SUFICIENTE

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : CLARA

Pregunta 5 : ¿Cómo realiza el corte de sus uñas y qué tipo de calzado utiliza?

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: SUFICIENTE

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : NO (a qué se refiere con tipo de calzado... quizá indicar el tipo ayudaría al entendimiento de los participantes)

Pregunta 6 : ¿Utiliza algunas plantas medicinales, para complementar su tratamiento? Puede mencionarlas.

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: SUFICIENTE

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : CLARA

Pregunta 7: Puede describir si toma algún tipo de medicamentos para la diabetes. ¿Alguna vez olvidó tomar su medicamento?

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: SUFICIENTE

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : CLARA

Adecuación: por qué es adecuada o no para la población a la que se dirige.
Suficiencia: por qué es suficiente o no para el tema en estudio.
Pertinencia: por qué pertenece o no al tema en estudio.
Relevancia: por qué contribuye significativamente o no al tema en estudio.
Claridad: por qué es entendible y comprensible o no para la población a la que se dirige.

III. DATOS DEL JUEZ

3.1. Apellidos y Nombres: ANIBAL OBLITAS GONZALES

3.2. Institución laboral: UNACH

3.3. Profesión/Grado Académico: DOCTOR

3.4. Área de desempeño: SALUD PÚBLICA

3.5. Número de contacto: 945777948

IV. VEREDICTO DE APLICABILIDAD

APLICABLE CON LA SUBSANACIÓN DE OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS INDICADAS



FIRMA DE JUEZ

Nº Colegiatura: 060640

DNI: 42681893

LUGAR Y FECHA: CHOTA, 30 DE DICIEMBRE DE 2024.

Anexo 6. Validación de instrumento por jueces



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Escuela Profesional de Enfermería

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUECES

I. PRESENTACIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tiene la condición de enfermedad crónica y está relacionada con el tratamiento de nivel complejo que tiene, demandando que la persona que está diagnosticada con esta patología se adhiera al tratamiento casi en su totalidad.

En los pacientes que padecen esta enfermedad, un componente fundamental en el tratamiento, son las prácticas de autocuidado, estas se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. El paciente con DM2, debe participar activamente, exigiendo tener los conocimientos, habilidades y motivaciones para desempeñar su autocuidado con el fin de mantener su salud y bienestar.

La investigación Prácticas de autocuidado en pacientes con DM2 del distrito de Chota, permitirá recopilar datos que facilitarán el análisis de la realidad de las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2, examinando sus prácticas de autocuidado y cómo estas influyen en su entorno social. Existen múltiples investigaciones realizadas que están orientadas a medir, el nivel de conocimiento de autocuidado, efectividad de programas educativos etc., pero aún no se han encontrado investigaciones de tipo cualitativas que investiguen como se da el autocuidado en personas con DM2

II. DATOS GENERALES

2.1. Título del Proyecto: Prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del distrito de Chota, 2024

2.2. Autor(es) del Proyecto: Yovana Lizbeth Acuña Díaz

2.3. Preguntas orientadoras:

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024?

¿Cuál es el contexto socio cultural de las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024?

2.4. Objetivos:

Objetivo general

Interpretar las principales prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024

Objetivos específicos

Identificar las principales prácticas de autocuidado que realizan los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024.

Comprender el contexto socio cultural de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024.

**2.5. Guía de entrevista semiestructurada:
Prácticas de autocuidado en pacientes con DM2**

La presente entrevista es confidencial y será utilizado sólo para fines de investigación científica.

Pregunta 1: ¿Qué actividades realiza diariamente para controlar la DM2?

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: NO (precisar que actividades)

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : CLARA

Pregunta 2 : ¿Qué alimentos habitualmente consume, en el desayuno, almuerzo, cena, refrigerio y que proporción?

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: SUFICIENTE

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : NO (Cambiar el término habitual por frecuentemente o regularmente, para evitar confusiones)

Pregunta 3: ¿Podría describir cómo es su actividad física diariamente; piensa que esta influye en su enfermedad?

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: SUFICIENTE

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : NO (son dos preguntas que deben ir por separado)

Pregunta 4 : ¿Realiza control de su glucosa? ¿cree que es importante controlar su glucosa?

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: SUFICIENTE

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : CLARA

Pregunta 5 : ¿Cómo realiza el corte de sus uñas y qué tipo de calzado utiliza?

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: SUFICIENTE

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : CLARA

Pregunta 6 : ¿Utiliza algunas plantas medicinales, para complementar su tratamiento? Puede mencionarlas.

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: SUFICIENTE

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : CLARA

Pregunta 7: Puede describir si toma algún tipo de medicamentos para la diabetes. ¿Alguna vez olvidó tomar su medicamento?

Adecuación: ADECUADA

Suficiencia: SUFICIENTE

Pertinencia: PERTINENTE

Relevancia: RELEVANTE

Claridad : CLARA

SUGIERO ADICIONAR LAS PREGUNTAS:

¿Con qué frecuencia, o cada que tiempo, se realiza controles o consultas médicas?;

¿Qué le resulta más difícil de cumplir para cuidar de su salud/o evitar que su glucosa suba (la dieta, el ejercicio o cumplir con la toma de medicamentos) ?

Adecuación: por qué es adecuada o no para la población a la que se dirige.

Suficiencia: por qué es suficiente o no para el tema en estudio.

Pertinencia: por qué pertenece o no al tema en estudio.

Relevancia: por qué contribuye significativamente o no al tema en estudio.

Claridad: por qué es entendible y comprensible o no para

III. DATOS DEL JUEZ

3.1. Apellidos y Nombres: ANA LEYDI DÍAZ RODRIGO

3.2. Institución laboral: HOSPITAL "J.H.S.C" CHOTA

3.3. Profesión/Grado Académico: DOCTOR

3.4. Área de desempeño: LABOR ASISTENCIAL

3.5. Número de contacto: 951469782

IV. VEREDICTO DE APLICABILIDAD

APLICABLE, CONSIDERANDO LAS SUGERENCIAS INDICADAS.



FIRMA DE JUEZ

Colegiatura: 47835

DNI: 41938889

LUGAR Y FECHA: CHOTA, 23 DE ENERO DE 2025.

Anexo 6. Validación de instrumento por jueces



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA Escuela Profesional de Enfermería

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR

JUECES I. PRESENTACIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tiene la condición de enfermedad crónica y está relacionada con el tratamiento de nivel complejo que tiene, demandando que la persona que está diagnosticada con esta patología se adhiera al tratamiento casi en su totalidad.

En los pacientes que padecen esta enfermedad, un componente fundamental en el tratamiento, son las prácticas de autocuidado, estas se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. El paciente con DM2, debe participar activamente, exigiendo tener los conocimientos, habilidades y motivaciones para desempeñar su autocuidado con el fin de mantener su salud y bienestar.

La investigación Prácticas de autocuidado en pacientes con DM2 del distrito de Chota, permitirá recopilar datos que facilitarán el análisis de la realidad de las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2, examinando sus prácticas de autocuidado y cómo estas influyen en su entorno social. Existen múltiples investigaciones realizadas que están orientadas a medir, el nivel de conocimiento de autocuidado, efectividad de programas educativos etc., pero aún no se han encontrado investigaciones de tipo cualitativas que investiguen como se da el autocuidado en personas con DM2

II. DATOS GENERALES

2.1. Título del Proyecto: Prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del distrito de Chota, 2024

2.2. Autor(es) del Proyecto: Yovana Lizbeth Acuña Díaz

2.3. Preguntas orientadoras:

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024?

¿Cuál es el contexto socio cultural de las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024?

2.4. Objetivos:

Objetivo general

Interpretar las principales prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024

Objetivos específicos

Identificar las principales prácticas de autocuidado que realizan los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024.

Comprender el contexto socio cultural de los pacientes con DM2 del distrito de Chota 2024.

2.5. Guía de entrevista semiestructurada:

Prácticas de autocuidado en pacientes con DM2

La presente entrevista es confidencial y será utilizado sólo para fines de investigación científica.

Pregunta 1 : ¿Qué actividades realiza diariamente para controlar la DM2?

Adecuación:

Suficiencia: cumple con lo requerido

Pertinencia:

Relevancia:

Claridad :

Pregunta 2 : ¿Qué alimentos habitualmente consume, en el desayuno, almuerzo, cena, refrigerio y que proporción?

Adecuación:

Suficiencia: cumple con lo requerido

Pertinencia:

Relevancia:

Claridad :

Pregunta 3: ¿Podría describir cómo es su actividad física diariamente; piensa que esta influye en su enfermedad?

Adecuación:

Suficiencia: cumple con lo requerido

Pertinencia:

Relevancia:

Claridad :

Pregunta 4 : ¿Realiza control de su glucosa? ¿cree que es importante controlar su glucosa?

Adecuación:

Suficiencia: cumple con lo requerido

Pertinencia:

Relevancia:

Claridad :

Pregunta 5 : ¿Cómo realiza el corte de sus uñas y qué tipo de calzado utiliza?

Adecuación:

Suficiencia: cumple con lo requerido

Pertinencia:

Relevancia:

Claridad :

Pregunta 6 : ¿Utiliza algunas plantas medicinales, para complementar su tratamiento? Puede mencionarlas.

Adecuación:

Suficiencia: cumple con lo requerido

Pertinencia:

Relevancia:

Claridad :

Pregunta 7: Puede describir si toma algún tipo de medicamentos para la diabetes. ¿Alguna vez olvidó tomar su medicamento?

Adecuación:

Suficiencia: cumple con lo requerido

Pertinencia:

Relevancia:

Claridad :

Adecuación: por qué es adecuada o no para la población a la que se dirige.

Suficiencia: por qué es suficiente o no para el tema en estudio.

Pertinencia: por qué pertenece o no al tema en estudio.

Relevancia: por qué contribuye significativamente o no al tema en estudio.

Claridad: por qué es entendible y comprensible o no para

III. DATOS DEL JUEZ

3.1. Apellidos y Nombres: Tenorio Carranza Jorge Romain

3.2. Institución laboral: Universidad Nacional Autónoma de Chota

3.3. Profesión/Grado Académico: Licenciado en enfermería/ Doctor en ciencias mención: salud

3.4. Área de desempeño: Enfermería en la salud de la gestante y el neonato

3.5. Número de contacto: 952918777

IV. VEREDICTO DE APLICABILIDAD

Aprobado


Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza
Lic. en Enfermería
Docente de la UNACH

FIRMA DE JUEZ

Nº Colegiatura: 57721

DNI: 42334964

LUGAR Y FECHA:

Colpa Matara 15 de enero de 2025