



**“AUTOCUIDADO QUE APLICAN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
DIABETES QUE ASISTEN A CONTROL AL CENTRO DE SALUD DEL
MUNICIPIO DE SIBILIA”**

ROHEL ALDEIR RUIZ CARRILLO

Guatemala, febrero 2025



**“AUTOCUIDADO QUE APLICAN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
DIABETES QUE ASISTEN A CONTROL AL CENTRO DE SALUD DEL
MUNICIPIO DE SIBILIA”**

Tesis presentada para optar el grado académico de Licenciado en

Enfermería

Por:

ROHEL ALDEIR RUIZ CARRILLO

Guatemala, febrero 2025

Nota de responsabilidad:

El contenido de esta investigación es responsabilidad únicamente del autor.

Capítulo III Normativa de Tesis, Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud, carrera de Enfermería UDV

AUTORIDADES DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Msc. Vilma Lilian Velásquez Dionicio

Presidente de Tribunal Examinador

Msc. Angelica Guadalupe García Coyoy

Secretario de Tribunal Examinador

Msc. Adely Marleny Guzmán Castro

Vocal de Tribunal Examinador



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD

UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA

ORDEN DE IMPRESIÓN DE TESIS

No. 11 – 2025

La Decanatura de la Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud, teniendo a la vista el Dictamen Favorable de la coordinación de Programa Académico de esta Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud, extiende la presente orden de impresión para la tesis de **ROHEL ALDEIR RUIZ CARRILLO** quien se identifica con carné No. **202404546**, tesis denominada **“AUTOCUIDADO QUE APLICAN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES QUE ASISTEN A CONTROL AL CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SIBILIA”**, previo a obtener el grado de Licenciado en Enfermería.

Guatemala, febrero 2025


Dra. Rutilia Herrera Acajabón
DECANA

Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala





FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD

UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA

DICTAMEN No. 11 - 2025

La Coordinación de programas académicos, extiende el presente **Dictamen Favorable** para el trabajo de investigación titulado **“AUTOCUIDADO QUE APLICAN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES QUE ASISTEN A CONTROL AL CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SIBILIA”**, elaborado por **ROHEL ALDEIR RUIZ CARRILLO**, quien se identifica con carné **No 202404546**. Dictamen que se extiende después de ser revisado el documento por esta Coordinación y confirmar que cumple con todos los requerimientos del Normativo de Tesis y Trabajos de Graduación de esta Facultad.

Guatemala, febrero 2025

Lic. Gilberto Adolfo Robelo Alvarez
Coordinación de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD

UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA

**Dictamen Informe Final
Tesis
Licenciatura en Enfermería**

Quetzaltenango, 27 de septiembre de 2024.

Licda. Antonia Catalina Girón Conde
Coordinadora de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala

Lic. Gilberto Adolfo Robelo Álvarez
Coordinación de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala

Por este medio hago de su conocimiento que el tesista, Rohel Aldeir Ruiz Carrillo **CIF 202404546**, de Licenciatura en Enfermería, ha completado a mi entera satisfacción el informe final de su tesis titulada: **"AUTOCUIDADO QUE APLICAN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES QUE ASISTEN A CONTROL AL CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SIBILIA"**. Por lo que emito la presente **opinión favorable**, para que realice su examen privado de tesis.

Atentamente me suscribo:


Msc. Adely Marleny Guzmán Castro de Zárate
DPI 2751025131213
Cel: 50190159



Universidad Da Vinci de Guatemala
3 avenida 3-48 zona 13 Pampuna
Tls: 2314 0285 2314 0247
www.udv.edu.gt

DEDICATORIA

A Dios: Fuente de vida y sabiduría para lograr todas mis metas en este mundo.

A mis Padres: por su apoyo incondicional en cada una de mis metas y propósitos.

A mis Hermanos: por su apoyo y cariño.

A mis casas de estudio: por brindarme un espacio para desempeñar mis habilidades y conocimientos en mi preparación como buen profesional.

A el Centro de Salud: Por permitirme realizar mi trabajo de campo.

A mi asesora: por ser una guía incondicional en la formulación de ideas y conocimientos.

A ti Lector: que la literatura plasmada sea de tu agrado y beneficio en la creación de nuevo conocimiento.

INDICE

Resumen	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
IV. JUSTIFICACIÓN.....	13
V. MARCO REFERENCIAL Y BIBLIOGRÁFICO.....	16
VI. METODOLOGÍA.....	44
VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
VIII. CONCLUSIONES	87
IX. RECOMENDACIONES.....	89
X. Bibliografía	91
XI. ANEXOS	96

Resumen

La presente investigación “Autocuidado que aplican los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia”; el objetivo de esta investigación fue describir el autocuidado de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus que acudieron al centro de salud. La metodología que fue utilizada para llevar a cabo el estudio es la siguiente: estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo y es transversal. El estudio se realizó en el mes de julio de 2024. La población estudiada fue de 50 pacientes; se utilizó un cuestionario con base en la operacionalización de variables y sus respectivos indicadores con relación al autocuidado, se redactó y conformó por 15 preguntas mixtas, teniendo preguntas abiertas y de escala por ejemplo siempre, frecuentemente, a veces y nunca, de acuerdo a cada ítem. Los resultado de acuerdo a los objetivos de investigación se logró caracterizar a la población estudiada, se describió el autocuidado médico y personal e identificar las limitaciones potenciales para el autocuidado dentro de lo datos obtenidos, 50% toma su medicamento diario, 38% olvida tomarlo a veces y 12% suspende su tratamiento cuando se sienten bien o mal; 84% refirieron tener inconveniente para cumplir adecuadamente con su tratamiento y autocuidado, de estos 81 % su principal inconveniente es la falta de responsabilidad personal, 29% cree que el inconveniente es la falta de recursos económicos, 24% la falta de información y conocimiento a cerca de la enfermedad y 14% considera que la falta de apoyo familiar.

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación, se realizó en el Centro de Salud de Sibilia, municipio del departamento de Quetzaltenango, el estudio se conformó por 50 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus (DM) que fueron a cita de control médico a la institución, el estudio realizado por Rohel Aldeir Ruiz Carrillo, es descriptivo, transversal y cuantitativo y su objetivo es describir el autocuidado de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus (DM) que acudieron al centro de salud. A nivel mundial la incidencia de enfermedades crónicas ha ido incrementando por el estilo de vida que las personas están adoptando, dentro de ellos el sedentarismo, consumo de comida alta en grasas y carbohidratos lo que ocasiona problemas de tipo metabólico en el cuerpo humano una de las que más destaca es la diabetes mellitus. En Guatemala la diabetes mellitus actualmente se posiciona dentro de las primeras causas de morbilidad principalmente por complicaciones de esta patología. Estas complicaciones se relacionan principalmente por la deficiencia en el autocuidado y el manejo deficiente del tratamiento correspondiente para la enfermedad. Existe evidencia científica de que una persona con diagnóstico de diabetes mellitus puede prolongar sus años de vida modificando sus hábitos alimenticios, actividad física, manejo del estrés adecuadamente y sobre todo mantener un control en su tratamiento con especialistas médicos. Guatemala es un país en donde los programas de salud priorizan la atención de las enfermedades agudas e infecto contagiosas en lugar de la prevención y la promoción de la salud preventiva; esta situación limita el proceso para que los pacientes diabéticos establezcan un plan de autocuidado incluyendo distintos indicadores para prevenir otras comorbilidades y que en algún momento puedan incidir e incrementar el colapso del sistema de salud nacional. Como es bien sabido una gran parte de la población guatemalteca se encuentra en áreas rurales donde los servicios de salud pública son precarios y por lo tanto la atención integral que el paciente diabético requiere será totalmente insuficiente y esto conlleva a cuidados y tratamientos

deficientes, siempre hay que destacar a aquellos pacientes y su red de apoyo en este caso la familia que se comprometen con su salud y buscan los recursos necesarios para cumplir con los requerimientos de la enfermedad. Por eso en esta investigación se planteó describir el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus que asisten al centro de salud del municipio de Sibilina, porque cumple con los requisitos para poder realizar intervenciones luego de conocer los resultados de esta. Se llevo a cabo mediante un cuestionario validado por la universidad Davinci.

II. ANTECEDENTES

El municipio de Sibilia es perteneciente a Quetzaltenango. Dicho lugar está a 231 kilómetros de distancia aproximada de la Ciudad de Guatemala. Como también, a unos 30 kilómetros desde la cabecera departamental. Algunos antecedentes históricos mencionan varias versiones acerca de la fundación del municipio de Sibilia. Una de las primeras hipótesis se remonta alrededor de 1836, pues se dice que fue conocido como poblado de San Antonio Bobós o solo Bobós. No obstante, el escritor José Luís García A. relató que este pueblo fundado por españoles había sido designado como Sevilla. Pero, debido a una variación en la pronunciación este nombre pasó a ser popularmente conocido como Sibilia, desde 1887. Dicha versión del escritor era la más aceptable, ya que gran parte de los pobladores de la localidad eran de orígenes españoles. (Grajeda, 2020)

Así mismo, se sabe que llegaron a ser un pueblo militar que rápidamente se hicieron de la confianza de Justo Rufino Barrios. Por dicha razón, el general supo recompensar la fidelidad del pueblo, otorgando escuelas, telégrafos y terrenos para los milicianos. Ante esto, algunos datos señalan que en la municipalidad de Sibilia existe un pabellón que tiene la expresión Batallón Sibiliano. Extensión territorial 28 kilómetros cuadrados. Altura 2,800 metros sobre el nivel del mar, debido a este factor es considerado como uno de los municipios más altos tanto de Quetzaltenango como de la República de Guatemala. Limitación territorial Al norte limita con Huitán, Al sur con Palestina de los Altos y Cajola. Al este limita con San Carlos Sija. Al oeste con Rio Blanco, San Marcos. (Grajeda, 2020)

La actividad productiva de Sibilia, es de carácter agrícola, destacándose el cultivo de maíz. Este producto constituye el complemento económico y alimenticio de la población que directa e indirectamente se desenvuelve alrededor de su proceso productivo. El cultivo de la papa es un producto que desde su siembra está destinado a la venta lo que constituye una fuente de ingresos para la subsistencia.

El trigo se vende en forma local y regional, no así la avena y la cebada que son destinadas para la alimentación del ganado de donde se obtienen productos derivados, así como el abono natural el cual es usado por toda la población para la siembra de sus productos, ahorrándose así una buena cantidad de dinero por la compra de fertilizantes. El 80% de la superficie disponible para la agricultura es destinada al cultivo de maíz, los productos restantes como el trigo, papa, cebada, avena, son cultivos de escasa relevancia económica, y ocupan un 10% del total de tierra disponible para uso agrícola. (Acuña Ríos, 2019)

El municipio posee tierras para cultivos temporales, los que juegan un papel importante en la economía del municipio y son: maíz, haba, trigo, papa, avena, y cebada; que contribuyen al desarrollo del flujo comercial en otros mercados. Población. Es el conjunto de personas que conforman este Municipio, constituyen el recurso fundamental considerado como sujeto de proceso productivo, que generan riqueza y desarrollo económico y social. Población y sus características. Según datos proporcionados por el centro de Salud del Municipio para el año 2002, la población total era de 10,469 habitantes; comprobado con el XI Censo Nacional de población realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2002, refleja a una población total de 7,796 habitantes, al realizar una comparación de estos datos, se encuentra una diferencia de 2,673 originada por los factores de migración interna y externa. (Acuña Ríos, 2019)

El Centro de Salud de Sibilia, se ubica en el Barrio La Libertad, del municipio de Sibilia, pertenece al Departamento Quetzaltenango, los servicios que ofrece a la población son: Consulta externa de medicina general; Consulta odontológica; psicológica; Atención prenatal; del puerperio; del neonato; de la niña y el niño; Atención diferenciada a adolescentes; Atención del adulto; Atención del adulto mayor; a la demanda; Procedimientos quirúrgicos menores; Inmunizaciones (niñez y mujeres en edad reproductiva); Oferta y aplicación de métodos de planificación familiar; Laboratorio básico; Pruebas rápidas de VIH; Vigilancia de la calidad del

agua; Estabilización y referencia de emergencias. (Ministerio de Salud y Asistencia Social, 2020)

Según la federación internacional de la diabetes en el año 2017, Guatemala ocupó el décimo primer lugar, nivel Latinoamérica en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, se encontró en el 8.4% de las personas, con 752,700 casos en personas entre las edades de 20 a 79 años, además se registraron 7,709 muertes causadas por diabetes mellitus tipo 2 y aproximadamente 269,700 personas con diabetes aun no diagnosticadas. (Asociación latinoamericana de Diabetes, 2019)

La definición etimológica del autocuidado está conformada por dos partes según la cultura griega “cultivo de sí mismo”. De la cual se conforma auto del griego αὐτο se significa “propio” o “por uno mismo” por lo tanto en “cuidado” proviene del latín cogitātus que significa con “pensamiento” De acuerdo con la OMS el término autocuidado es todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de establecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades, esto comprende la automedicación, el auto tratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un entorno natural, es decir en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. (Cruz Heras, 2021)

En el estudio titulado “Factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus” realizado en el Centro de salud de Zunil, Quetzaltenango, Guatemala, durante los meses enero, julio 2016. Un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, la población que participó en la investigación constituida por 58 pacientes haciendo uso de un cuestionario para establecer los factores que tienen una incidencia en la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus (DM). En sus conclusiones se determinó que los factores que afectan la calidad de vida son: No cumplen con la dieta lo cual ha provocado que presenten episodios de hiperglucemia, no realizan ejercicios, no llevan control de su peso, nunca cumplen

con su medicamento, no tienen control de glucemia, su ingreso económico no les permite cumplir con su tratamiento. (Chay, 2016)

En otro estudio titulado: “Acciones de autocuidado que practican los pacientes diabéticos de la clínica Chuitinamit” de San Pablo La Laguna municipio del departamento de Sololá. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal en el cual se estudiaron 30 pacientes a quienes se pasó una encuesta con el objetivo de identificar aquellas acciones que los pacientes diabéticos practican para el autocuidado. Este estudio arrojó las siguientes conclusiones: Las acciones de autocuidado deben ser reforzadas en los pacientes diabéticos para mejorar su calidad de vida y salud. El 50% de los pacientes de este estudio no tenía conocimiento sobre la definición de la diabetes y los riesgos de padecer alguna complicación. Un 65% de los pacientes desconocía los factores que influyen tanto de manera positiva como negativa en el tratamiento de la diabetes para ser efectivo. El 53% de la población estudiada no practicaba ejercicios adecuados o específicos para diabéticos indicando que no los hacían por falta de tiempo. El 53.33% de los pacientes estudiados indicaron que no cumplían con la prescripción médica al pie de la letra, manifestando que los medicamentos causaban molestias estomacales como ardor en el estómago, mareos, náuseas y olvido en tomar los medicamentos diariamente y en los horarios establecidos. El 66.67% de los pacientes desconocía acerca de los cuidados de la piel, pies y uñas, mientras que el 50% de los pacientes dijo desconocer las características adecuadas para el calzado de un paciente diabético y el 83.33% también desconocía las acciones para conservar la salud visual. (Ixayá Ixayá, 2020)

En el estudio titulado “Conocimientos sobre Diabetes Mellitus y autocuidado en los pacientes diabéticos que asisten a la consulta externa” Realizado en el hospital Regional del Quiché, del departamento del Quiché, Guatemala en el año 2020. Este fue un estudio de enfoque descriptivo y corte transversal. Se realizó en 134 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus (DM). Los datos se recolectaron

mediante un cuestionario con el fin de determinar el conocimiento de los pacientes sobre la diabetes mellitus y su autocuidado. Las conclusiones de este estudio fueron: los pacientes estudiados presentaron un nivel medio-bajo de conocimientos en los temas de diabetes mellitus, puesto que no tenían conocimiento de la enfermedad, de los niveles de glucosa en sangre adecuados y la importancia en el apego y cumplimiento del tratamiento médico, nutricional y dietético y esto se relaciona con un mal o inadecuado autocuidado por parte del paciente, como consecuencia de la falta de información. (De León Pac, 2020)

En un estudio titulado: “Conocimientos sobre autocuidado en pacientes mayores de 30 años con diabetes mellitus tipo 2” el cual se realizó en los pacientes que asistieron a la consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Guazacapán del departamento de Santa Rosa, este estudio se realizó en un período de 6 meses; de julio a diciembre de 2021. Fue una investigación con enfoque descriptivo transversal y prospectivo. Se utilizó un cuestionario cuyo objetivo fue determinar los conocimientos de los pacientes mayores de 30 años con DM sobre el autocuidado. Para este estudio se utilizó una muestra de 65 personas. La conclusión de este estudio fue que el 60% tenía conocimientos inadecuados o incompletos sobre el autocuidado que se debe tener con esta enfermedad, solo el 38% de la población estudiada mantenía prácticas de autocuidado específicas para diabéticos, las prácticas de autocuidado que tenían los pacientes en cuenta para el control de su enfermedad fueron: 49% evitaba consumo de harinas, papa, café y uvas, el 77% de la población revisaba sus pies todos los días de posibles lesiones, y evitaba el ayuno prolongado, el consumo de alcohol y del tabaco 55%. (Solórzano Tuna, 2020)

En un estudio de Tesis titulado: “Autocuidado del paciente diabético Tipo 2” el cual se realizó en el Club Amigos Dulces De La Ciudad De Loja. Esta fue una investigación de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal. El estudio se realizó en 54 personas y para ello se utilizó una boleta de recolección de datos con

el objetivo de determinar el nivel de conocimiento en el autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2. Este estudio concluyó con que el nivel de autocuidado de la población estudiada fue relativamente bueno según el SDSCA, puesto que llevaban una adecuada adherencia al tratamiento, evitando el tabaquismo y el consumo de alcohol y el cuidado de los pies; sin embargo, los pacientes tenían una mala alimentación y una automonitoreo deficiente de sus niveles de glucosa, lo que impide mantener un tratamiento integral de Diabetes, haciendo que se exponga a un mayor riesgo de hiper e hipoglucemias. (Pinzón Reyes, 2019)

En el estudio de Tesis titulado: “nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabetico tipo 2 en la UMF No. 8 de Aguascalientes, Aguascalientes 2017”. Este estudio de tipo descriptivo y transversal tuvo como objetivo identificar el autocuidado en los pacientes diabeticos tipo 2. El instrumento para recolección de datos utilizada fue una lista de cotejo diseñada a partir de la guía de practica clinica, diagnostico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). En este estudio se incluyo a 196 pacientes. Este estudio concluyó con que el nivel de conocimiento del autocuidado no es el adecuado, en este estudio se observo que los pacientes tenian un mayor conocimiento sobre el tratamiento para su enfermedad y del como esta ligado con la evolución de la enfermedad, indicando que esta población mejoró sus conocimientos de la enfermedad con el tiempo del padecimiento con lo que lograban obtener un mejor resultado al tratamiento, sin embargo, en cuanto al diagnostico, la prevención y la promoción de la enfermedad la población estudiada estuvo muy por debajo de los demas paises, debido a que los programas de Cuba, Colombia u otros paises son de mayor duración. (Pousa Reis, 2017)

En el estudio titulado: “Nivel de Autocuidado en Pacientes con Diabetes Mellitus II en el centro de Salud su Santidad Juan Pablo II 2021”. Este fue un estudio de tesis realizado con enfoque descriptivo, cuantitativo y transversal. Se utilizó una población de 50 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II. Para el

estudio se realizó un cuestionario con el objetivo determinar el nivel de autocuidado en los pacientes con Diabetes Mellitus II, la conclusión de este estudio fue que los pacientes con Diabetes Mellitus II que participaron de este estudio, presentaron en su totalidad un nivel del conocimiento del autocuidado malo con respecto a la actividad física diaria. (Garcia Martinez & Huaman Mattos, 2021)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas, no contagiosas cada día van en incremento, esto debido a los comportamientos poco saludables en la alimentación, ejercicio y hábitos tóxicos que predisponen a padecer estas patologías lo cual es preocupante para los sistemas de salud, puesto que implica una inversión económica elevada para la atención de las personas que las padecen. Las patologías crónicas demandan una atención prolongada no solo para el tratamiento médico sino también en las medidas para evitar su progresión y que lleguen a requerir una atención secundaria al diagnóstico principal.

La diabetes mellitus continua siendo una enfermedad en la que se tiene evidencia científica que las personas que la padecen tienen la oportunidad de vivir plenamente teniendo un cuidado absoluto a través de la modificación en los estilos de vida individuales, es decir que el paciente conozca y tenga una percepción clara sobre la enfermedad dentro de esto es importante que tenga presente cuales son los signos, los síntomas de alarma, un programa de alimentación definido, información sobre el tratamiento farmacológico y de comportamiento, además los ciclos en los que debe llevar su control con especialistas como médicos, nutricionistas, psicólogos entre otros.

Es importante valorar la actitud que posee el paciente frente a las actividades de prevención de complicaciones para generar cambios en beneficio propio y para evitar el colapso de los sistemas de salud que suelen ser precarios para la atención de enfermedades agudas, crónicas e infectocontagiosas. Todo esto se resume en la importancia del autocuidado en las personas con diabetes mellitus que deben practicar a diario y así evitar complicaciones e incluso la muerte. No es únicamente necesario que el paciente tenga los conocimientos, sino que lleve a la práctica y las acciones indispensables para su autocuidado con respecto a su patología por lo que la valoración de este tiene que retroalimentarse consecutivamente por el personal de salud como garantía de que el individuo lo practica.

Actualmente se ha observado un incremento de los casos de diabetes mellitus en los servicios de salud nacionales, en especial pacientes con comorbilidad importante que se relaciona con el autocuidado que debe practicar el paciente, por ello es importante indagar acerca de las características sociales y demográficas; las practicas individuales y las limitaciones individuales para el autocuidado con el fin de describirlo y tener una base sólida en los servicios de salud para intervenir.

¿Cuál es el autocuidado que aplican los pacientes diabéticos que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia?

3.1 Ámbitos de la investigación

3.1.1 Ámbito Geográfico

Municipio de Sibilia, Quetzaltenango.

3.1.2 Ámbito Institucional

Centro de Salud del municipio de Sibilia.

3.1.3 Ámbito Temporal

Se realizará durante el mes de julio de 2024.

3.1.4 Ámbito personal

Pacientes Diabéticos que asistan a control al centro de salud del municipio de Sibilia.

3.2 Objetivos de la investigación

3.2.1 Objetivo General

Describir el autocuidado de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus que asisten al centro de salud del municipio de Sibilia.

3.2.2 Objetivos Específicos

- Describir las características de los pacientes diabéticos.
- Identificar las prácticas de autocuidado médico que realizan los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.
- Identificar las prácticas de autocuidado personal que realizan los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.
- Describir las limitaciones para el autocuidado que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.

IV. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio titulado “Autocuidado que aplican los pacientes con diagnóstico de diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia”; este es un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal. Cuyo objetivo general fue describir el autocuidado de los pacientes que ya han diagnosticados con diabetes mellitus y que asisten al Centro de Salud de Sibilia a control médico.

La importancia de estudiar el autocuidado de los pacientes esta dado por la detección de las acciones de autocuidado para la prevención de complicaciones, medidas que son realizadas por los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus, con el fin de garantizar una calidad de vida aceptable aun padeciendo una enfermedad crónica. En la actualidad se habla de muchas enfermedades secundarias a la patología al respecto, todas relacionadas con la deficiencia en el cuidado que el paciente debe de tener tanto con su tratamiento farmacológico, nutricional, actividad física y control continuo de la glucosa en sangre; actividades que deben practicar indiscriminadamente los diabéticos diariamente.

Sera un estudio novedoso porque propondrá nuevos conocimiento a la profesión de enfermería en su labor en los servicios de salud a través de las cuatro áreas del ejercicio profesional las cuales son: atención directa, docencia, administración e investigación, mediante las cuales el profesional tiene la oportunidad de intervenir en el autocuidado del paciente diabético; tanto en el fortalecimiento de los conocimientos a través de la educación como mejorando las habilidades prácticas para cuidar de su salud.

El aporte social que propone el estudio a través de los resultados obtenidos el personal de la institución podrá partir de una base sólida para realimentar la información de autocuidado en cada una de sus citas de control posteriores a los pacientes. Para la familia será un aporte significativo para pueda apoyar al paciente

en algunas deficiencias de autocuidado. Los beneficios del estudio para el gremio de enfermería basándose en la aplicación de los resultados para fortalecer el aprendizaje y habilidades de los individuos y adaptándolas a sus necesidades propias con respecto a la patología.

El aporte para la ciencia de la investigación radica en la utilidad y fundamento científico para la proyección de futuras investigaciones, en las instituciones de salud que lo puedan necesitar, en especial aquellas que brindan una atención primaria en salud. Debido a la falta de costumbre y al desconocimiento de la población sobre sus derechos a adquirir información de importancia para su salud, se ha mantenido menospreciado el tema de promoción de la salud y prevención de complicaciones en las personas afectadas por la enfermedad de diabetes mellitus.

El ministerio de Salud a través del programa de Atención a enfermedades crónicas y degenerativas busca brindar una mejor calidad de vida a los pacientes que las padecen y se fundamenta en el artículo 3, de la constitución política de la Republica que describiéndolo garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona. Por lo tanto, el estado por medio de diversas instituciones deberá facilitar a la población información, atención asistencial, tratamiento, medicamentos para la rehabilitación de la salud y por ende garantizar la vida humana.

En el artículo 3 del código de salud, esclarece que es responsabilidad de los ciudadanos habitantes de la República, mejorar y conservar su salud personal, familiar y comunitaria, así como las condiciones de salubridad del medio en que viven y desarrollan sus actividades. Desde este punto de vista el autocuidado es la herramienta fundamental para que los habitantes del país cumplan con esta enmienda.

La magnitud y trascendencia es que cada día la mortalidad y comorbilidad de los pacientes en los servicios de salud incrementa por las complicaciones de la diabetes como el pie diabético, la enfermedad renal crónica, retinopatías, neuropatías, daños tisulares varios, entre otros; todos como consecuencia de un mal manejo de los niveles de azúcar en sangre por una alimentación inadecuada, resistencia a ingerir fármacos, deficiencia en la higiene personal o la falta de ejercicio corporal.

El estudio fue viable, porque se cuenta con los recursos económicos y humanos para llevarlo a cabo, también se cuenta con base teórica como base científica para el estudio. Fue factible porque se contó con la autorización del tema por las autoridades de la universidad y se contó con los permisos requeridos de la institución para la recolección de datos.

V. MARCO REFERENCIAL Y BIBLIOGRÁFICO

5.1 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un desequilibrio metabólico complejo que se denomina como un síndrome de evolución crónica, en el que se manifiesta la insuficiencia pancreática que produce una alteración cualitativa, cuantitativa, o uno y otro, de la insulina y que en sus diferentes etapas de evolución puede ocasionar daño celular o del tejido vascular implicando el control en los pacientes y los consecuentes trastornos en la calidad de vida, aumentando la mortalidad y prevalencia en los centros de salud. (Dorante & Martínez, 2016)

5.1.1 Glucosa

La glucosa, es una molécula de carbohidratos o monosacárido, su actividad principal es brindar energía a las células para que funcionen. Todos los alimentos de la clase de los carbohidratos tienen glucosa en su estructura. La mayor parte de carbohidratos de la dieta que se consume es constituida por tres monosacáridos: glucosa, fructosa y galactosa. Para comprender mejor, hay que imaginar estas moléculas como pequeños bloques de construcción. A manera que estos bloques se aglomeran para dar origen a los otros tipos de carbohidratos que se consumen, desde las frutas, hasta cereales, miel, entre otros.

Ejemplos: el azúcar que se consume habitualmente, es la alianza de dos monosacáridos, la glucosa y la fructosa. Ya el carbohidrato presente en la leche, llamado lactosa, es la unión de glucosa con galactosa. (Pinheiro, 2023)

Las células del organismo humano necesitan energía para llevar a cabo las funciones diversas que realizan cada una, la energía la obtienen por medio de glucosa que es la molécula primordial para generar energía a las células, molécula que se obtiene gracias a los alimentos ricos en este nutriente que luego son convertidos y absorbidos por los órganos gastrointestinales en monosacáridos a glucosa u otros que tienen que pasar por un proceso de metabolismo en el hígado

siendo estos la fructosa y la galactosa para llegar a convertirse en glucosa y cumplir con su función. (Pinheiro, 2023)

5.1.2 Clasificación

La clasificación de diabetes mellitus evoluciona constantemente a medida que se estudia más la fisiopatología de las dos principales formas, lo que implica establecer conceptos útiles en cuanto a la etiología, historia natural, genética, mecanismo hereditario fenotipo clínico y tratamientos esenciales para esta enfermedad. En la actualidad, el término diabetes mellitus engloba un grupo de enfermedades metabólicas que se describen por hiperglucemia, como resultado de defectos en la acción o secreción de la insulina, o de ambas situaciones. En general, el concepto prevalente para la clasificación de Diabetes Mellitus es la existencia de dos tipos principales de esta enfermedad: autoinmunitaria o tipo 1 y no autoinmunitaria o tipo 2. El progreso en la terminología de su clasificación incluye un adelanto del concepto de diabetes autoinmunitaria, recorriendo por los términos de diabetes juvenil, dependiente de insulina hasta el actual de diabetes mellitus tipo 1. A pesar de esto, la clasificación de la diabetes se encuentra subdividida en la Diabetes tipo 1 con sus subtipos diabetes tipo 1a y diabetes tipo 1b. (Dorante & Martínez, 2016)

- Diabetes Mellitus tipo 1, autoinmunitaria. Esta presentación de diabetes, conocida con anterioridad como diabetes mellitus juvenil o insulín dependiente, provocada por la destrucción de la célula β , en la que participa la autoinmunidad celular, es de presentación muy escasa.
- Diabetes tipo 1 idiopática. Este tipo se presenta con mucha tendencia a cetoacidosis, no obstante, no se puede detectar cambio autoinmunitario alguna, no se relaciona a los marcadores del sistema HLA, ocurre de manera hereditaria es poco frecuente y por lo general la padecen africanos y asiáticos. Demanda el uso de insulina para su control.
- Diabetes mellitus tipo 2. Esta forma de Diabetes mellitus, antes conocida como Diabetes mellitus del adulto o diabetes mellitus no insulín dependiente, es la

forma de presentación más habitual, inicia en la mayor parte de los casos entre la cuarta y quinta década de la vida, el riesgo de padecerla es mayor con el incremento de edad, sedentarismo, obesidad y en mujeres que hayan padecido Diabetes mellitus gestacional. Se presentade manera insidiosa, lo que provoca realizar un diagnóstico tardíamente, donde la mayor parte de casos en la que los pacientes ya tienen resistencia a la insulina y obesidad.

- Diabetes mellitus gestacional. Este tipo de diabetes se presenta durante el embarazo y se caracteriza por intolerancia a la glucosa, esto tener en cuenta o no si ya existían problemas de hiperglucemia antes del embarazo. Su definición más explícita, es la de hiperglucemia que surge y finaliza con el embarazo, por lo general después de las semanas 24 a 28 de embarazo. (Dorante & Martínez, 2016)

5.2 Fisiopatología

Tanto Diabetes Mellitus tipo 1 como Diabetes Mellitus tipo 2 se identifican por subida de la glucosa sanguínea; sin embargo, la base fisiopatológica es diferente: En el primer tipo, una reacción autoinmune provoca la destrucción de las células beta, lo que genera una deficiencia de insulina, en el segundo escenario predomina la acción de la insulina. La Diabetes mellitus tipo1 es el prototipo de la enfermedad autoinmune, desde luego una enfermedad crónica que al final genera la abolición de las denominadas células β de los islotes pancreático y por lo tanto genera la deficiencia de insulina; dentro de la patología se tiene que tener presente los factores genéticos, como las mutaciones puntuales, hasta la intervención de genes del complejo mayor de inmuno histocompatibilidad, integrando al gen de la insulina, la apoptosis de la célula Beta, evidentemente, considerar los componentes ambientales que provocan este proceso, en la que la respuesta inmunitaria celular es la última responsable. (Dorante & Martínez, 2016)

Los mecanismos fisiológicos anormales de la Diabetes mellitus tipo 2 es complicada, en la que se incluye la resistencia a la insulina, cambios varios en la producción, secreción son los principales factores e indicadores de ascenso hacia la diabetes, si bien no se ha establecido en cual de estos factores inicia el problema es importante considerar, la comprensión de las vías moleculares que participan en el equilibrio de la glucosa por la cual aumenta cada día, lo que beneficia a la comprensión de sucesos anormales relacionados con la diabetes mellitus y brinda nuevos paradigmas para mitigar la prevalencia y mortalidad por medio de los niveles de prevención y tratamiento. (Dorante & Martínez, 2016)

El conocimiento reciente en la fisiopatología de Diabetes Mellitus tipo 2, muestra diversos mecanismos fisiológicos implicados dentro de ellos los defectos en la sensibilidad a la insulina y abolición o disminución de la función de la célula β , como también puede presentar la disfunción de la célula del páncreas, deterioro en el sistema de incretinas, aumento de la expresión del transportador de glucosa y sodio por medio del túbulo contorneado proximal de la nefrona, cambios en el sistema de neurotransmisores cerebrales e incremento en la producción hepática de la glucosa, lo que hace a este tipo de Diabetes mellitus una enfermedad complicada y muchas veces difícil de estabilizar. Al inicio de la enfermedad los pacientes no demandan del uso de insulina como tratamiento, de acuerdo al estudio y evolución de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 se ha identificado, que con el pasar del tiempo, en la mayor parte de casos demandarán insulina para equilibrar concentraciones de azúcar en sangre dentro de lo aceptable. Se manifiesta de una forma hereditaria y es más usual en algunos grupos, como son latinos, afroamericanos, indios, americanos y asiáticos americanos. (Dorante & Martínez, 2016)

5.3 La insulina

Es una proteína formada por 51 aminoácidos, su peso molecular de 5 808 Da; tiene dos cadenas peptídicas: la cadena A, de 21 aminoácidos, y la cadena B, de 30 aminoácidos; tiene tres puentes de sulfuro entre las cisteínas A7 y B7, A20 y B19, A6 y A11. La secreción de insulina ocurre en dos periodos, uno de estimulación y otro basal; por estimulación sucede cuando se ingieren alimentos y se efectúa una sincronización ideal entre las concentraciones de glucosa y las de insulina plasmática. El basal surge durante los periodos de ayuno, conlleva una secreción promedio de 0.25 a 1.5 UI/h y constituye cerca de la mitad de la secreción total de insulina en 24 horas, la cual se ejecuta en forma pulsátil, con una periodicidad de 5 a 8 min. (Dorante & Martínez, 2016)

Son muchas las sustancias que incitan la secreción de insulina, sin embargo, el estímulo fisiológico más potente está identificado por la glucosa; hay que recalcar que se propaga pasando la membrana plasmática de las células beta del páncreas utilizando el transportador específico, la proteína facilitadora del transporte de glucosa tipo 2 denominado GLUT-2, que la mete y nivela las concentraciones intra y extracelulares. (Dorante & Martínez, 2016)

El metabolismo de lípidos disminuye la lipólisis y favorece la lipogénesis o en otras palabras agranda los depósitos grasos. En el nivel muscular favorece la síntesis de proteínas. Es por eso que, la insulina es la hormona anabólica por excelencia. (Dorante & Martínez, 2016)

5.4 Glucólisis

La insulina es importante para la adecuada utilización de glucosa para la obtención de energía, esto es posible incitando la glucólisis. En el tejido muscular se oxida la mitad de la glucosa captada, otra parte se almacena como glucógeno y la menor parte finaliza su metabolismo como lactato y alanina, que pueden conducirse como sustancias para la producción de glucosa hepática que facilita la conversión de

piruvato en acetil Co enzima A, aumentando la actividad de la enzima piruvato deshidrogenasa. (Dorante & Martínez, 2016)

5.5 Gluconeogénesis

En la labor hepática, la insulina disminuye la producción y liberación de glucosa, bloqueando la gluconeogénesis y la glucogenólisis; la primera tiene tres barreras energéticas que obstruyen la reversión simple de la glucólisis: a) entre piruvato y fosfoenolpiruvato, b) entre fructosa 1,6 difosfato y fructosa-6-fosfato y c) entre glucosa-6-fosfato y glucosa. (Dorante & Martínez, 2016)

5.6 Hormonas contrarreguladoras

Las hormonas contrarreguladoras tienen la función de elevar el azúcar en sangre lo cual inicia la desintegración de glucógeno a nivel hepático al aumentar la síntesis de glucosa a nivel hepático y al reducir su captación en el tejido periférico.

- Cortisol: el mecanismo contrarregulador lo desarrolla por varias vías entre ellas: incrementa la gluconeogénesis mediante un incremento de producción en el hígado de la glucosa, por acción del posreceptor decrementa la labor de la insulina sobre los tejidos periféricos prevaleciendo la lipólisis con un incremento en las concentraciones de ácidos grasos libres afines con la resistencia a la insulina.
- Hormona de crecimiento o GH: La hormona de crecimiento forma una inhibición en la captación periférica de glucosa; y aumenta la absorción de aminoácidos y ácidos grasos; la hipoglucemia es la incitación primordial para la liberación.
- Catecolaminas: Las catecolaminas eliminan la secreción de insulina, con una operación intervenida por receptores adrenérgicos alfa, posiblemente los subtipos alfa 2a y alfa 2c, su excitación disminuye o incluso elimina la adenilato ciclasa, lo que provoca el decremento de la concentración del AMP cíclico de la célula beta, abriendo los canales de potasio, lo que causa la repolarización de la membrana plasmática, que empuja la entrada de calcio y establece una apartamiento de la exocitosis de la insulina; lo que beneficia la degradación

de glucógeno y facilita la síntesis de glucosa hepática. (Dorante & Martínez, 2016)

5.7 Resistencia a la insulina

La resistencia a la insulina es una reacción anómala en la cual se desarrolla una falta de respuesta del tejido diana a la insulina. Esto se relaciona a patologías de tipo crónico, dentro de estas la obesidad, hipertensión y diabetes. A nivel molecular se presenta por mutaciones en las mismas o por complicaciones en el receptor o posreceptor. Es preciso indicar que, aunque existen enfermedades coligadas a anomalías para ligadura de la insulina con su receptor y de la actividad de la fosforilación del receptor, esto es insignificante en la fisiopatogénesis de la diabetes mellitus tipo 2 o la obesidad. Muchas investigaciones explican que la base del dilema, principalmente en la diabetes mellitus tipo 2, está en el posreceptor, porque la acción de tirosina cinasa está disminuida en pacientes diabéticos, lo cual puede asociarse a una repercusión en el aumento de la actividad en la tirosina fosfatasa. (Dorante & Martínez, 2016)

5.7.1 Papel de la célula Beta

El páncreas endocrino formado por cerca de por un millón de islotes de Langerhans que están constituidos por alrededor de mil células beta, constituyen un peso de nueve cientos gramos. Los islotes pancreáticos contienen tres tipos de células fundamentales células beta, alfa y gamma. La labor de las células beta es muy compleja y refinada. La insulina que secretan debe estar por debajo del umbral, inclusive con un margen reducido, que deben permanecer minuto a minuto durante el día. La secreción de insulina se puede adaptar a los cambios agudos, a la composición y la frecuencia de los alimentos, como a algunos cambios crónicos, como la sensibilidad de los tejidos a la insulina. Al analizar los niveles de secreción de la insulina frente a una carga de glucosa oral o una infusión de glucosa intravenosa, se observa que la secreción es mayor con el estímulo oral que con el intravenoso, y que es superior en personas sanas que en pacientes diabéticos; en

estos pacientes, la fase aguda de secreción llega a desaparecer. La sensibilidad de las células beta hacia la glucosa se refleja con la tasa de secreción de insulina ante los valores de glucosa, que suele ser más baja en los pacientes diabéticos. (Dorante & Martínez, 2016)

5.8 Diagnostico

5.8.1 Criterios para la detección de diabetes o prediabetes en adultos asintomáticos

Hay que tener presente la realización de pruebas en personas adultas que tengan sobre peso u obesidad con un Índice de masa corporal mayor a 25kg/m^2 y que presenten a la menos uno de los siguientes factores de riesgo:

- Tener familiares en primer grado diagnosticado con diabetes mellitus.
- Tener origen étnico de alto riesgos a padecer diabetes (p. ej., nativo americano, latino, isleño del pacifico, afroamericano, asiático americano).
- Tener una enfermedad cardiovascular o antecedente de Enfermedad cerebrovascular.
- Padecer hipertensión ($\geq 140/90$ mmHg) o tener tratamiento para hipertensión arterial.
- Tener niveles de colesterol HDL alto (250 mg/dL)
- Mujeres diagnosticadas con Síndrome de ovario poliquístico.
- Personas que no realizan actividad física.
- Padecimientos relacionados con la resistencia a la insulina.
- Los pacientes con prediabetes deben hacerse la prueba anualmente.
- Las personas que fueron diagnosticadas con diabetes mellitus gestacional deben realizar pruebas al menos cada 3 años de por vida.
- Con resultados normales, las pruebas deben realizarse en intervalos mínimos de 3 años, Teniendo en cuenta que estas se puedan realizar con mayor frecuencia dependiendo del estado de riesgo y resultados iniciales.
- Personas con VIH.

5.8.2 Criterios para el Diagnóstico de Diabetes

Cuadro No.1

	Prediabetes	Diabetes
Hemoglobina glucosilada	5,4 a 6,4%	Mayor a 6,5 %
Glucemia dos horas después de sobrecarga 75 gr	140 a 199 mg/dl	Mayor a 200 mg/dl
Glucemia al azar	-	Mayor a 200 mg/dl

Fuente: (Asociación Americana de Diabetes, 2023)

5.9 Tratamiento

La Asociación Americana de la Diabetes expone los siguientes procedimientos a seguir:

- En adultos diagnosticados con diabetes tipo 2 y con un riesgo establecido/alto de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, insuficiencia cardíaca y/o enfermedad renal crónica; el tratamiento debe basarse en la reducción del riesgo cardiorrenal.
- Hay que considerarse un tratamiento farmacológico que garanticen eficacia para lograr y mantener los objetivos del tratamiento.
- El control de peso es un componente importante en paciente con diabetes mellitus tipo 2.
- El tratamiento de terapia combinada temprana puede ser una opción al inicio del tratamiento con algunos pacientes para alargar la eficacia del tratamiento.
- Se debe considerar inicio de tratamiento temprano con insulina en pacientes con evidencia de pérdida de peso o los niveles de azúcar en sangre son extremadamente elevados.
- Según la necesidad del paciente será la elección del tratamiento farmacológico.
- La consideración de los diversos factores presentes en el paciente al iniciar algún tratamiento debe ser la base como: comorbilidades cardiovasculares y

renales, la eficacia, el riesgo de hipoglucemia, el impacto en el peso, el costo y la accesibilidad, el riesgo de efectos secundarios y las preferencias personales.

- En personas con diabetes tipo 2 que presentan enfermedad cardiovascular aterosclerótica manifiesta o indicadores de alto riesgo cardiovascular, enfermedad renal crónica o insuficiencia cardíaca se recomienda un inhibidor del cotransportador sodio-glucosa 2 o un agonista del receptor del péptido similar al glucagón 1 con beneficios comprobados en eventos cardiovasculares.
- En pacientes adultos con diabetes tipo 2, utilizar un agonista del receptor GLP-1 a la insulina cuando sea posible.
- Si se utiliza insulina, se aconseja combinarla con un agonista del receptor GLP-1, ya que esto aumenta su efectividad, prolonga la duración del tratamiento y ofrece beneficios tanto en el control del peso como en la reducción del riesgo de hipoglucemia.
- El régimen de medicación y la adherencia a la misma deben revisarse periódicamente (cada 3 a 6 meses) y ajustarse según sea necesario, teniendo en cuenta los factores individuales que influyen en la elección del tratamiento.
- Desde el momento de ser diagnosticado el paciente deberá seguir el régimen farmacológico sin abandonar la adopción de estilos de vida saludable acoplados a las necesidades propias de la patología que padece. (Asociación Americana de Diabetes, 2023, págs. 15-16)

5.10 Complicaciones

5.10.1 La depresión y la ansiedad también puede llevar a otra problemática que induzca gravámenes en la salud que aparentemente no esté relacionada con la causa principal. Por ejemplo, un reciente estudio mostro evidencia que, en comparación con sujetos sanos, los pacientes con diabetes tipo 2 que tienen depresión severa o ansiedad tienen una mayor incidencia de síntomas a nivel gastrointestinal. Existe además un rasgo psicológico de personalidad específico asociado con la diabetes tipo 2, conocido como el tipo D denominado personalidad angustiada. Los pacientes diabéticos tipo 2 con la personalidad Tipo D cada vez se

sienten más solos. Además, aumenta el estrés y la angustia emocional. (Aristizabal, 2015)

5.10.2 La ateroescclerosis: Es una causa importante de accidentes cerebrovasculares. Ocurren entre 2 y 4 veces de manera más frecuente en aquellos en personas con diabetes que en sus contrapartes libres de esta patología. Al transcurrir el tiempo, el estrechamiento de la luz de los vasos sanguíneos puede provocar un daño cerebral; daño en las piernas, ojos, riñones, corazón, piel y nervios, dando lugar a una angina de pecho, eventos cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, calambres en las piernas al caminar que genere claudicación, visión deficiente, enfermedad renal crónica, daños neurológicos como neuropatía y erosiones cutáneas o dérmicas. (Brutsaert, 2023)

5.10.3 Infecciones en diabéticos: el paciente diabético tiene el riesgo de sufrir enfermedades bacterianas y por hongos consecutivamente específicamente en la piel. Cuando existe hiperglucemia, los leucocitos que son las defensas del cuerpo no combaten infecciones adecuadamente, por lo que en el paciente diabéticos las infecciones que aparentemente no podrían complicarse resultan ser más graves y se prolongue el tiempo de recuperación. en los pacientes diagnosticados con diabetes. Es importante destacar que los primeros signos en los pacientes diabéticos es una infección por lo tanto no hay que pasar desapercibidos los síntomas diversos que el paciente presente. (Brutsaert, 2023)

5.10.4 Úlcera e infecciones: uno de los principales problemas secundarios de la diabetes mellitus sin duda es en los pies están más susceptibles a padecer infecciones o úlceras en los pies y piernas provocadas por una deficiente circulación sanguínea. Estas lesiones cicatrizan lentamente o de manera incompleta. Si no cicatrizan, generalmente se infectan, lo que puede causar necrosis en el tejido. (Brutsaert, 2023)

5.10.5 Problemas oculares en la diabetes: la retinopatía diabética es provocada por la lesión de los vasos sanguíneos lo cual repercute con la pérdida de la visión. (Brutsaert, 2023)

5.10.6 Lesiones nerviosas en la diabetes: el daño en el sistema nervioso puede presentarse de diversas formas afectando el sistema nervioso central o el sistema nervioso periférico con síntomas y signos como anestias, parestias, espasmos o como en el caso de la polineuropatía diabética, en la que se dañan los nervios de las manos, piernas y pies, se experimentan alteraciones en la sensibilidad, hormigueo, dolor ardiente y debilidad en las extremidades. El deterioro en los nervios de la piel aumenta la posibilidad de heridas, ya queda abolida la capacidad de percibir cambios de presión o temperatura. (Brutsaert, 2023)

5.11 Perfil Emocional del Paciente Diabético

Según el artículo publicado por Diabeloop, se definen cuatro perfiles de personas con diabetes:

- **Los pacientes comprometidos:** los pacientes que se dedican a la autogestión de su diabetes mellitus y no muestra agotamiento, desapego ni impotencia.
- **Los agotados:** Los pacientes que siguen participando físicamente en el cuidado personal de su diabetes con apoyo, pero describe una «sensación» de agotamiento.
- **Los desvinculados:** las personas que se han desvinculado de uno o más aspectos de su diabetes (tratamiento, consecuencias de la enfermedad, sistema sanitario, etc.) pero no muestra agotamiento ni impotencia.
- **Los que sufren agotamiento profesional:** Muestran desapego mental, físico y emocional con respecto a la autogestión de la diabetes y del sistema de salud. (Diabeloop, 2022)

5.12 Autocuidado

Se trata de una aproximación a la salud, en la cual la persona es responsable de llevar a cabo acciones individuales y/o colectivas que puedan fortalecer o reestablecer el estado de bienestar integral, así como prevenir enfermedades. En este sentido, el autocuidado requiere el desarrollo de prácticas que, según los intereses y destrezas aprendidas, así como las costumbres habituales de la cultura, fomentan la supervivencia y favorecen la toma de responsabilidad en la solución de aquello que afecta su salud. Las prácticas personales que supone el autocuidado, si bien varían entre individuos, en principio pretenden la conservación de la salud. Por ello, en efecto tener una alimentación adecuada y hacer actividades físicas saludables son parte de las posibles prácticas de autocuidado, pero también es importante tener buenas relaciones sociales, aprender a reconocer y valorar las propias emociones, descansar cuando sea necesario, entre otras actividades de cuidado personal. (Fundasil, s.f.)

El autocuidado cuando de atención primaria de la salud se refiere se ha citado en muchas ocasiones en otros documentos de la OMS: “El autocuidado es la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir las enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud”. Otras definiciones del autocuidado en los documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son las siguientes: (Organización Panamericana de la Salud, 2022)

- Atención no profesional, “actividades de salud no organizadas y toma de decisiones relacionadas con la salud por parte de individuos, familias, vecinos, amigos, compañeros de trabajo”.
- La “utilización de recursos distintos a los profesionales de la salud, es decir, el propio individuo, los miembros de la familia, los vecinos y otros legos, para cualquier actividad relacionada con la salud, ya sea de promoción, prevención, curación o rehabilitación”.

- “El autocuidado es considerado un recurso principal de la salud en nuestro sistema de salud. Incluyendo actividades informales de la salud y la toma de decisiones relacionadas con la salud de los individuos, su familia o vecinos, lo que abarca la automedicación, el autotratamiento, el apoyo social frente a la enfermedad, los primeros auxilios, etc. El término, ‘cuidado por legos’, se refiere a toda la atención sanitaria que se presta como la unión de los legos entre, tanto en entornos naturales como organizados”. (Organización Panamericana de la Salud, 2022)

5.12.1 Pilares del Autocuidado

Según la Fundación Internacional del Autocuidado, hay siete pilares que son necesarios para llevarlo a la práctica:

- Conocimiento en temas de la salud.
- Bienestar mental.
- Actividad física.
- Alimentación saludable.
- Evitar o mitigar riesgos a la salud.
- Mantener una buena higiene.
- Uso racional y responsable de productos como los medicamentos.

Con estas prácticas se pretende mantener la salud y prevenir o retrasar enfermedades relacionadas con el estilo de vida. (Milenio, 2022)

5.12.2 Características sociales que influyen en el autocuidado

La organización Mundial de la salud ha presentado dos grupos principales de factores: estructurales e intermediarios. Los estructurales se definen como los que estandarizan en clases socio económicas, así que la clase social, por efecto la economía y la formación académica se ubican en el grupo. Se ubica el género y riqueza étnica. Los intermediarios se subdividen de los estructurales aquí

encontramos las situaciones de vida, profesionales, el sistema de salud con todos constituyentes, también los muros que impiden adoptar estilos de vida saludables. (Arena, Jasso, & Campos, 2011)

5.13 Clase social

La clase social es un tema importante, pues hay estudios que sugieren que las personas que tienen escasos recursos económicos tienden a padecer más enfermedad por lo tanto hay mayor prevalencia y mortalidad en las personas que no cuentan con los recursos económicos suficientes lo cual está relacionado con otras características una baja preparación, no tiene un trabajo estable o incluso acceso a los servicios de salud por vivir en zonas alejadas. Lo cual los predispone a padecer no solo enfermedades agudas sino también enfermedades crónicas no detectables de manera oportuna. (Arena, Jasso, & Campos, 2011)

5.13.1 Grupo étnico

Varios grupos étnicos desde tiempos históricos han sido apartados y marginados de la sociedad lo cual ha llevado la pobreza y al pobre acceso a una atención en salud adecuada y que además en los centros de salud ha habido diferencia en la atención lo cual vulnera sus derechos y necesidades para cumplir con recomendaciones de salud sobre su autocuidado. (Arena, Jasso, & Campos, 2011)

5.13.2 Ocupación

La ocupación, engloba profesiones y oficios, estos demandan de tiempo, energía física y mental que pueden ser factores influyentes en el autocuidado de las personas, pues puede ser por falta de organización del tiempo o por desgaste excesivo lo cual imposibilita la adopción de estilos de vida saludable o en otras el autocuidado relacionado con alguna patología o a manera de prevención de enfermedades. (Arena, Jasso, & Campos, 2011)

5.13.3 Género

El género como determinante del autocuidado está ligado a los roles de género en la sociedad por lo que en diversas ocasiones influye pues es bien sabido que el hombre dentro de la sociedad representa la fuerza y la masculinidad que tradicionalmente le impide al hombre realizar ciertas actividades de cuidado para su salud, esto en la actualidad está cambiando, pero hay que hacer énfasis en aquellas personas de edad avanzada que fueron criados de una manera tradicional que influye en el autocuidado. Las mujeres representan la fragilidad y el cuidado de la familia por lo tanto el autocuidado es mejor aplicado en este género. (Arena, Jasso, & Campos, 2011)

5.13.4 Comorbilidades

Hay varias enfermedades crónicas de gran prevalencia, como las cardíacas, la diabetes mellitus y la artritis reumatoide, que tienen características y exigencias únicas, pero que además comparten dificultades parecidas por su atención; hacer frente a una enfermedad crónica y a la discapacidad; vigilar los indicadores médicos físicos; seguir regímenes medicamentosos complejos y diarios; mantener un grado adecuado de nutrición en base a la ingesta de calorías y ejercicio; adaptarse a las exigencias psicosociales, todas estas características incluyen algunos ajustes que pueden ser difíciles en el modo de vida, además, de establecer interacciones eficaces con los prestadores de atención de salud. (Grady & Lucio, 2018)

5.13.5 Edad

La edad como factor determinante es imprescindible pues no va a ser igual el autocuidado que aplica un niño, un adulto o una persona de la tercera pues con el transcurrir de los años hay modificaciones físicas, fisiológicas, y sobre todo cognitivas que indiscutiblemente marcan la forma de autocuidado y su experiencia para alcanzar una óptima salud. (Arena, Jasso, & Campos, 2011)

5.13.6 Experiencias de enfermedad

Las afecciones tanto agudas y crónicas, debido a un desequilibrio orgánico y fisiológicas en el cuerpo conducen a cambios significativos en el comportamiento o sea en los cuidados individuales comparados a padecer la enfermedad. Desde luego cuando la persona ha tenido periodos de sufrimiento ha tenido pérdidas familiares, accidentes o entre otras experiencias que lo pueden llevar cambiar algunos hábitos y mejorar el autocuidado.

5.14 Teorías del Autocuidado

Dorotea Elisabeth Orem, una enfermera estadounidense describió el autocuidado. Orem explica el individuo tiene la habilidad de cuidar de sí mismos y de compensar sus necesidades básicas de salud. De acuerdo a esta teorista, la enfermería tiene como objetivo principal guiar a las personas a recuperar su capacidad de autocuidado. (Enfermeriafamiliarycomunitaria, 2023)

Dentro de los estudios realizados por Orem se encuentra el modelo de enfermería en el cual integra tres teorías las cuales establecen los niveles de autocuidado los cuales se describen a continuación:

5.14.1 Teoría del autocuidado

Esta subteoría se centra en las actividades que el individuo realiza para cuidarse a sí mismas y para mantener óptimo estado de salud. Orem enumera tres requisitos fundamentales para el autocuidado: los requisitos universales, los requisitos de desarrollo y los requisitos de desviación de la salud. Los requisitos universales son actividades básicas que todas las personas deben ejecutar, como comer, dormir y beber. Para el desarrollo se necesita de actividades que las personas realizan para alcanzar su máximo potencial de salud, como la educación sobre la calidad de vida y la salud y la búsqueda de una atención médica preventiva. Los requisitos de desviación de la salud se refieren a las actividades que las personas deben realizar

cuando se enfrentan a condiciones de salud alteradas, como seguir un plan de tratamiento o medicación. (Enfermeriafamilycomunitaria, 2023)

5.14.2 Teoría del déficit de autocuidado

Esta subteoría se centra en las situaciones en las que las personas no pueden satisfacer sus necesidades de autocuidado por sí mismas. Orem identifica tres tipos de déficits de autocuidado: déficits de autocuidado universal, déficits de autocuidado de desarrollo y déficits de autocuidado de desviación de la salud. Estos déficits pueden ocurrir debido a limitaciones físicas, cognitivas o emocionales, y requieren la intervención de un profesional de la salud, como un enfermero, para ayudar a satisfacer las necesidades de autocuidado de la persona. (Enfermeriafamilycomunitaria, 2023)

5.14.3 Teoría del sistema de enfermería

Esta es una subteoría que se centra en el papel de enfermería en el proceso de autocuidado. Orem indica que el sistema actual de enfermería como un conjunto de acciones y estrategias utiliza para ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades de autocuidado. Estas acciones pueden incluir la educación sobre la salud, la promoción de la autonomía del paciente y que pueda realizar sus cuidados médicos de manera directa. El personal de enfermería también desempeña un papel importante en la identificación de los déficits de autocuidado y en la planificación y ejecución de intervenciones adecuadas para satisfacer estas necesidades. (Enfermeriafamilycomunitaria, 2023)

El cuidado propio: este es el proceso de autocuidado que se inicia con la toma de conciencia del estado de salud propio. Tomar conciencia para el autocuidado necesita de un pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, las normas culturales y las conductas aprendidas, con el fin de tomar decisiones sobre

el estado de salud, que debe incluir el deseo y el compromiso de continuar con el plan médico y estilo de vida.

5.15 Autocuidado en pacientes con diabetes

El autocuidado en pacientes diabéticos va mucho más allá del simple hecho que el individuo realice todas las acciones por sí solo; en la mayoría de los casos se necesita una red de apoyo principalmente con la familia y profesionales de la salud quienes deben proporcionar ayuda indispensable tanto en lo que compete los conocimientos de la enfermedad, ayuda en las acciones propias de autocuidado así como también el recurso económico para sufragar gastos relacionados con la alimentación adecuada, el tratamiento farmacológico y para asistir a especialistas para revisiones de control.

Tal como lo establece la Asociación Latinoamericana de la diabetes para el personal de salud es indicado que: En cada consulta se deben evaluar las distintas barreras que eviten la adherencia a la terapia usando para ello distintos cuestionarios validados, es importante hacer una búsqueda de depresión y otros trastornos psicológicos, trastornos con la conducta alimentaria o con el sueño. Se deben analizar las creencias culturales y religiosas y los conocimientos del paciente sobre la enfermedad además de implementar métodos para romper las barreras para lograr la adherencia con la terapia. El paciente debe ser instruido acerca del control metabólico y de las mediciones que debe tener en casa y las acciones a tomar en cuenta si el paciente se encuentra fuera de los objetivos de la terapia. Por ello, se pueden reducir las visitas a los servicios de urgencias, hasta las hospitalizaciones. Además, aquellos pacientes que acuden acompañados de su familia (preferentemente, si es la persona que prepara los alimentos en casa) buscando el apoyo de su núcleo familiar. (Asociación latinoamericana de Diabetes, 2019, pág. 29)

El autocuidado del paciente diabético es de vital importancia porque como lo describe la ALAD: el apego inadecuado al tratamiento es común en los pacientes diabéticos, y varía de acuerdo a la falta de adherencia medida a nivel farmacológico, dietético o de actividad física, por ello deben medirse de manera independiente. El apego al tratamiento en diabéticos se puede ver afectada por diferentes factores tales como: edad, sexo, el nivel socioeconómico y el nivel de complejidad del tratamiento instaurado, entre otros, por lo que todos estos factores deben tenerse en cuenta al evaluar el apego terapéutico en los pacientes con diabetes. Este apego se debe medir y reevaluar periódicamente. Con la falta de mediciones periódicas en la evaluación de la adherencia a la terapia en Latinoamérica impide una comparación entre los estudios internacionales y las poblaciones estudiadas. Por ello los esfuerzos se deben concentrar en desarrollar estrategias aplicables en nuestra población. Además, se requiere una mayor investigación de la adherencia terapéutica en grupos especiales como: los pacientes con diabetes tipo 1, diabetes gestacional y poblaciones indígenas. (Asociación latinoamericana de Diabetes, 2019, pág. 34)

5.15.1 Alimentación

La diabetes mellitus es una de las enfermedades donde la alimentación constituye la base sobre la que se ajusta cualquier otro tratamiento e incluso en algunos casos de diabetes tipo 2, sobre todo en etapa inicial, puede ser la única terapéutica necesaria. Las recomendaciones actuales para la ingesta calórica total se basan en la edad, talla y sexo, con modificaciones en la actividad física y en determinadas situaciones especiales como en el periodo de crecimiento y desarrollo; el embarazo; y lactancia y teniendo en consideración que la existencia de sobrepeso o desnutrición son de importancia. El plan de alimentación es fundamental para el tratamiento de la diabetes, teniendo la misma importancia que los medicamentos usados para el control de la enfermedad. (Organización Panamericana de la Salud / Panamá, 2009)

La asociación Latinoamericana para la diabetes propone las siguientes dietas

- La dieta DASH (“Dietary Approach Stop hypertension”) se dirige en detener la hipertensión arterial, tiene como característica principal limitar la ingesta diaria de sodio a 2400 mg/día. Prioriza una alimentación basada en frutas y verduras y lácteos que no contengan mucha grasa; esta dieta incluye granos enteros intactos, pescado, aves de corral, y nueces; reduciendo la ingesta de grasas malas para el organismo como las saturadas, carnes rojas, bebidas azucaradas y dulces. Se ha demostrado que esta dieta disminuye el riesgo de diabetes, promueve la pérdida de peso y a su vez mejora la presión arterial en aquellos pacientes con diabetes. (Asociación latinoamericana de Diabetes, 2019, pág. 41)
- Dietas bajas en carbohidratos: hay suficiente evidencia científica que ha demostrado que los patrones de una alimentación bajas en carbohidratos disminuyen los valores de la glucosa en sangre, lo que mejora la sensibilidad a la insulina, además ayudan a controlar el peso corporal y la presión arterial (P/A), además logran reducir el riesgo cardiovascular. (Asociación latinoamericana de Diabetes, 2019, pág. 42)
- Dietas bajas en grasas: Varios estudios han descrito que más allá de la cantidad total de grasa consumida, las alteraciones metabólicas pueden estar relacionadas más con el tipo de grasa que se consume. El consumo de los ácidos grasos poliinsaturados (PUFA) tiende favorecer los controles de la presión arterial (P/A), los tiempos de coagulación, la función endotelial vascular y la resistencia a la insulina, lo que genera un beneficio en la prevención y el las dietas bajas en grasa se genera mucha polémica, ya que algunos estudios encuentran estas dietas pueden generar diferencias en la reducción de la resistencia a la insulina, del riesgo cardiovascular y mayor pérdida de peso, con mínimas diferencias y con resultados favorables para las dietas bajas en carbohidratos con la relación a las que se valen de la reducción de triglicéridos

y aumento del colesterol HDL. (Asociación latinoamericana de Diabetes, 2019, pág. 42)

5.15.2 Consumo de frutas y verduras

Las verduras y hortalizas son una importante fuente de vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes, por lo que es recomendable consumirlas diariamente. La mejor manera de aprovechar todas sus vitaminas y minerales es comerlas crudas, solas o en ensalada, también se pueden hacer al horno, a la plancha, o hervidas (es conveniente aprovechar el agua para sopas o purés, porque en ella quedan muchos minerales), pero también si las cocemos al vapor mantendrán la mayoría de los nutrientes. (Asociación Panamericana de la Salud)

Las vitaminas son sustancias necesarias para regular las diferentes funciones del organismo. El cuerpo humano sólo necesita pequeñas cantidades para tener un funcionamiento normal y al no consumirlas, la salud se ve afectada seriamente. Las principales fuentes de vitaminas son las verduras, las frutas, las hojas verdes y alimentos de origen animal y los alimentos fortificados como el azúcar con vitamina “A” y las harinas de maíz y trigo con complejo “B”. Las frutas y los jugos de frutas nos aportan agua, azúcares, vitaminas como la vitamina “C”, carotenos, minerales como potasio, selenio y fibra. (Asociación Panamericana de la Salud)

Por su valor nutritivo y su papel protector para la salud, se debería consumir más de una ración de fruta al día, preferiblemente fresca. Es recomendable un consumo frecuente de frutas enteras, ya que los jugos aportan sólo vitaminas y minerales y carecen de la mayor parte de la fibra que aporta la fruta entera. Las frutas secas como ciruelas, castañas, pasas, dátiles entre otras se caracterizan principalmente por un menor contenido de agua, aunque concentran el resto de los nutrientes y aumentan también el aporte calórico. Se recomienda un consumo habitual de 400 gramos (4 a 5 raciones), de verduras y frutas por día, priorizando las variedades de temporada. (Asociación Panamericana de la Salud)

5.15.3 Bebidas azucaradas

Bebidas azucaradas Los azúcares simples de absorción rápida, como el azúcar de mesa y la miel, se caracterizan por aportar energía y aumentar la palatabilidad de los alimentos y bebidas. El consumo de azúcares debe ser moderado por lo que su uso debe ser ocasional ya que una ingesta elevada puede favorecer el sobrepeso. (Asociación Panamericana de la Salud)

5.15.4 Agua

El agua es un elemento fundamental para el para adecuado funcionamiento del organismo, ya que la mayoría de reacciones químicas de nuestro organismo tienen lugar en un medio acuoso. Además, un consumo adecuado de agua ayuda a prevenir el estreñimiento y mejorar el metabolismo intestinal. El consumo es de un litro 4 vasos a dos litros 8 litros de agua al día es muy beneficioso para la salud. (Asociación Panamericana de la Salud)

Para disminuir el riesgo de padecer de infecciones del tracto urinario se recomienda a los pacientes beber al menos de 6 a 8 vasos de agua diariamente. Las infecciones del tracto urinario (ITU) que produce y almacena la orina uno de los productos de desecho de nuestro organismo, son más comunes en las mujeres que en los hombres. Aunque la orina no contiene bacterias en algunas ocasiones las bacterias del exterior pueden ingresar al tracto urinario y provocar una infección ya sea en riñones, uréteres, vejiga o uretra. La infección más común ocurre en la vejiga y se llama cistitis. (Gobierno de México, s.f.)

Al tomar abundantes líquidos se evitan las infecciones urinarias de dos formas, la primera evitando que algunas bacterias como E. coli se adhieran a los tejido y secundario a esto disminuye la cantidad de bacterias que podrían provocar infección.

5.16 Actividad Física

Se recomienda realizar actividad física por lo menos durante 150 minutos semanales con ejercicio aeróbico, con una intensidad moderada, es decir, que represente el 70% de la frecuencia cardiaca (FC) máxima, al menos durante cinco días a la semana. En pacientes diabéticos, introducir ejercicio supervisado, tanto de resistencia como aeróbico, se asocia con una mayor calidad de vida. Esta tendencia en la calidad de vida va aumentando en relación con el volumen y persistencia en el ejercicio. A todo esto, debemos agregar que los pacientes que requieren de insulina se evidencio que la dosis total de insulina se redujo en 14.5 unidades, en un periodo de observación de 12 meses, en aquellos pacientes con apego a la actividad física (Asociación Americana de Diabetes, 2023, pág. 44)

5.17 Autocuidado Medico y especializado

El cuidado personal y propio de los pacientes con diabetes requiere una comunicación cercana entre profesionales de la salud y pacientes. Los pacientes ven necesario compartir información importante sobre los niveles de glucosa, la actividad física y la dieta. En la actualidad distintas herramientas de telesalud reducen los desplazamientos a los consultorios y facilitan que los pacientes y los profesionales de la salud puedan gestionar y manejar de manera conjunta su salud. (Telehealt.HHS.Gov, 2021)

La diabetes suele ser una condición de por vida. Muchas veces los médicos de atención primaria derivan a sus pacientes diabéticos a especialistas para lograr los mejores resultados y mejorar su calidad de vida. Los especialistas en diabetes incluyen médicos, enfermeras, dietistas y terapeutas que pueden ayudar a los pacientes a manejar esta afección al hacer planes individualizados con el paciente. Dentro de ello se encuentran los neurólogos, oftalmólogos, psicólogos, nutricionistas, odontólogos entre otros. (Cecelia Health, 2019)

5.17.1 Tratamiento Farmacológico

Entre los métodos utilizados en Latinoamérica para la evaluación de la adherencia terapéutica se encuentran las siguientes pruebas de evaluación:

- Test de Morisky-Green: Tiene 4 preguntas en las que se indaga acerca del uso de los medicamentos, si el paciente olvida tomarlos o suspende su uso cuando se siente bien o mal. Este cuestionario establece el cumplimiento de los pacientes con la toma de su medicamento, lamentablemente, esta prueba no considera otros aspectos terapéuticos más allá de los medicamentos, como lo son la dieta, el control de factores de riesgo asociados y la actividad física. Con un alto valor de los datos obtenidos a partir de dispositivos eléctricos que registran el uso de medicamentos o los registros manuales de dispensación de los medicamentos. Con estos aparatos se pueden reportar correlaciones entre la adherencia al tratamiento y el control glucémico. Esta prueba se recomienda aplicarlo durante la práctica clínica diaria.
- Test Martín-Bayarre-Grau (MBG) para la evaluación de la adherencia al tratamiento: Se realiza con una entrevista estructurada buscando medir los conocimientos del paciente sobre su enfermedad y su tratamiento. Los resultados se clasifican en tres niveles: adherencia total; adherencia parcial; y no adherencia. (Asociación latinoamericana de Diabetes, 2019, pág. 23)

5.17.5 Cuidados de pie diabético

Una de las recomendaciones más importantes para el paciente diabético es la adopción de medidas que permitan identificar lesiones en los pies y desde luego la prevención adoptando medidas como el uso de lubricantes, cremas hidratantes y el uso de un calzado para evitar lesiones, infecciones o peor aún una necrosis tisular.

5.17.6 IMC y control de peso

El control de peso es una de las recomendaciones principalmente para los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 y personas que padecen otros tipos de diabetes mellitus debe tener un peso correspondiente a un índice de masa corporal

entre 18.5 y 25 kg/m² esto con el fin de prevenir complicaciones (Asociación latinoamericana de Diabetes, 2019, pág. 22)

5.17.7 Control de Glicemia

El control continuo de la glucosa en los hogares es una medida fundamental para garantizar el adecuado funcionamiento del tratamiento tanto farmacológico, alimenticio y a manera de prevención de complicaciones por una baja o alta glucosa en sangre. Todo esto encaminado a ajustar la medicación, cuando el paciente presenta actitudes recurrentes alejadas a su dieta o medicación, pueden descompensar su control glucémico. (Asociación Americana de Diabetes, 2023, pág. 24)

El monitoreo de la glucosa es un eje fundamental en la terapéutica de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El monitoreo constante establece pautas para evaluar la respuesta al tratamiento médico, también determina los objetivos de control glucémico. Es una actividad de utilidad, que debe ser parte de la rutina de autocuidado por el paciente, aprovechando las herramientas para la obtención de la información con el fin de para ajustar las medidas terapéuticas prescritas y motivarlo a participar de forma activa y responsable en el manejo de su enfermedad. (Asociación Americana de Diabetes, 2023, pág. 24)

5.17.8 Salud Mental

La salud mental afecta muchos aspectos de la vida diaria, como la manera de pensar y sentir, como maneja el estrés, y como se relaciona con otras personas y toma decisiones. Se dará cuenta de que tener un problema de salud mental puede dificultar el apego con su plan de cuidado de la diabetes. Los pensamientos, las creencias, los sentimientos, y las actitudes pueden afectar hasta a un cuerpo. Los problemas de salud mental no tratados suelen empeorar la diabetes, y a su vez los problemas por la diabetes mellitus pueden empeorar la salud mental. Pero

afortunadamente si mejora uno, el otro también tiende a mejorar. (Centro para el control y prevención de enfermedades, 2023)

5.17.9 Alcohol y tabaco

El consumo de alcohol nunca se debe recomendar a personas con Diabetes mellitus tipo 2 que no lo consumen. A las personas con Diabetes mellitus tipo2 que consumen alcohol habitualmente se les podrá permitir hasta un trago por día en mujeres y hasta dos tragos por día en hombres (1 trago equivale a 12 oz de cerveza, 4 oz de vino 1 ½ oz de destilados; 1 oz=30 ml). (Asociación latinoamericana de Diabetes, 2019, pág. 40)

5.18 Limitaciones para el Autocuidado

Son aspectos fundamentales de cada individuo que determinan de una manera particular las acciones que cumplen para mantener su autocuidado. Son factores internos o externos a los individuos que afectan su capacidad para comprometerse en el autocuidado y afectan el tipo y calidad de autocuidado que se requiere. (Benavides, 2013)

Dentro de los limitantes destacan:

- **Edad:** tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento actual, la cual es medida en número de años cumplidos.
- **Sexo:** Género del individuo.
- **Factores socioculturales:** elemento o condición que le permite al individuo establecer una relación con su entorno social o cultural, incluyendo: nivel educativo, ocupación, integrante de algún grupo comunitario o social.
- **Factores del sistema familiar:** Este factor que incluye el lugar del individuo en su núcleo familiar, estado civil y apoyo que percibe el sujeto de sus familiares en relación con el cuidado de su salud. (Benavides, 2013)

La familia se considera una base importante para el apoyo de las personas con alguna enfermedad crónica: aquellas personas que tienen un mayor apoyo

familiar son las que tienen mayor cumplimiento en seguir las recomendaciones del automanejo y con ello un mejor control de su enfermedad. Estas medidas son importantes en el caso del autocontrol a largo plazo, por ello el núcleo familiar tiene énfasis en la autosuficiencia y también en el logro personal, la unión familiar y apego al tratamiento y al estilo de vida e identificación atenta a los síntomas se asocian con una mejor evolución en el paciente. (Grady & Lucio, 2018)

- **Falta de conocimiento:** La falta de conocimiento o comprensión puede influir negativamente en el autocuidado. Sin un entendimiento adecuado, las personas pueden no realizar las acciones necesarias para mantener su salud física y mental. Esto puede llevar a una peor calidad de vida y aumentar el riesgo a padecer enfermedades. (Dickson, Lee, & Riegel, 2011)
- **Recurso Económico:** La Diabetes mellitus constituye una enfermedad crónica que requiere de cuidados y tratamientos adecuados y por ende requiere de recursos económicos para sufragar los costos altos de los recursos necesarios en otras palabras la patología exige una vigilancia adecuada, el cambio de hábitos, para mejorar la calidad de vida y una atención cuidadosa en la dieta, el ejercicio y prevención de accidentes. Por todo lo anterior en un contexto de familia clásica se ve desequilibrado y se solicita de compromiso, lealtad y aporte económico para el cuidado del paciente. Pero si bien en un contexto disfuncional, la familia desconoce, rechaza o incluso abandona al paciente dejándolo en condiciones vulnerables. (Reyes Guillén, Flor Ivett, 2022)
- **Responsabilidad Personal**
El autocuidado no es un acto de egoísmo, sino una responsabilidad hacia uno mismo que, al ser atendida, permite a las personas enfrentar mejor las adversidades, mantener relaciones más saludables y contribuir de manera positiva a la comunidad. La falta de autocuidado, por otro lado, puede llevar a un deterioro del bienestar físico y mental, afectando la calidad de vida. (Terapify: psicólogos en línea, 2024)

VI. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo, porque permitió describir el autocuidado que aplican los pacientes con diagnosticados con diabetes que asistieron a control médico al centro de salud del municipio de Sibilia. Tuvo un enfoque cuantitativo porque se utilizó la estadística para la presentación de los resultados y análisis de estos. Es transversal porque se realizó en tiempo y espacio específicos. Durante el mes de julio de 2024.

Diseño de la investigación

Se presento a la coordinación de la carrera de Enfermería el tema para que fuese aprobado, en la Dirección de Investigación y Cursos Libres Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud, donde fue aprobado según oficio Posteriormente se realizó gestión para los permisos al director y enfermera jefe distrito de salud del municipio de Sibilia para el levantamiento de datos, se proporcionó el consentimiento informado donde estaba el motivo del estudio y en qué consistía, donde ellos decidieran participar, el instrumento consistió en un cuestionario dirigido el cual estuvo basado en la operacionalización de variable, mismo que fue respondido por los pacientes. Una vez obtenida la información se procedió a tabular las respuestas de cada pregunta, se consolido con base en porcentajes. Los resultados se presentan a través de cuadros y graficas con su análisis respectivo. Por último, se elaboraron conclusiones y recomendaciones con base a los resultados estadísticos obtenidos.

6.2 Unidad de análisis

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que asistieron a control médico al centro de salud del municipio de Sibilia.

6.3 Población

La población se conformó por 50 pacientes con diagnosticados con diabetes mellitus que asistieron a control médico al Centro de Salud del Municipio de Sibilia. Esta cantidad de pacientes participantes constituyen el 100% de la población.

6.4 Objetivos de la Investigación:

6.4.1 Objetivo General:

Describir el autocuidado de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus que asisten al centro de salud del municipio de Sibilia.

6.4.2 Objetivos específicos

1. Describir las características de los pacientes diabéticos.
2. Identificar las prácticas de autocuidado médico que realizan los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.
3. Identificar las prácticas de autocuidado personal que realizan los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.
4. Describir las limitaciones para el autocuidado que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.

6.5 Cuadro de operacionalización de Variable

Objetivo	Variable	Definición Operacional	Indicador	ITEM
Describir el autocuidado de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus (DM2) que asisten al centro de salud del municipio de Sibilia.	Autocuidado	El autocuidado es la capacidad que tienen las personas, familias y comunidades para buscar la salud, prevenir enfermedades, mantener salud y sobrellevar enfermedades y discapacidades con el apoyo de un profesional de la salud o sin él. (Organización Panamericana de la Salud, 2022)	Características socio-demográficas del Paciente.	Datos Generales.
			Prácticas de autocuidado médico y personal.	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12.
			Limitaciones para el autocuidado.	13,14,15,16.

6.6 Criterios de Inclusión

6.6.1 Criterio de inclusión

Todos/as los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que asistieron a cita de control al centro de salud del municipio de Sibilia, que decidieron participar y que se encontraron presentes los días planificados para el levantamiento de datos.

6.6.2 Criterio de exclusión

Todos/as los pacientes que no tenían diagnóstico de diabetes mellitus que asistieron a cita de control al centro de salud del municipio de Sibilia, pacientes que no deseaban participar y pacientes diabéticos que no asistieron los días planificados para el levantamiento de datos.

6.7 Instrumento

Se utilizó un cuestionario con base en la operacionalización de variables y sus respectivos indicadores con relación al autocuidado, se redactó y conformó por 15 preguntas mixtas, teniendo preguntas abiertas y de escala por ejemplo siempre, frecuente, a veces y nunca, de acuerdo a cada ítem. Con este instrumento se identificó el nivel de autocuidado que practican los pacientes que asistieron a cita de control al centro de salud del municipio de Sibilia.

6.8 Principios éticos de la investigación

6.8.1 Consentimiento informado: se elaboró un documento, donde se incluye autorización del usuario que responda el instrumento de investigación, el cual es un documento legal donde se respetara la dignidad y derechos de los participantes. Se les solicitara que firmen el consentimiento informado antes de responder el instrumento.

6.8.2 Principio de autonomía: Cada paciente tuvo la capacidad de decidir si aceptaba o no participar, de acuerdo a este principio se respetó la decisión de cada uno.

6.8.3 Principio de beneficencia: con los resultados obtenidos se mejoro el autocuidado de los pacientes a través de la información brindada para su propio cuidado.

6.8.4 Principio de no maleficencia: el estudio se realizó a partir de la información obtenida mediante el instrumento, la cual no perturbó la integridad física, emocional y social de los pacientes que participaron.

6.8.5 Principio de confidencialidad: los datos que proporcionaron los pacientes, son utilizados únicamente para fines de validez de la investigación; por lo que no se divulgara, ningún dato.

VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Caracterización de la población

Los resultados obtenidos indican que el 38% de los pacientes encuestados tienen más de 60 años, 26% comprenden las edades de 50 a 59 años, 20% tienen 40 a 49 años y 16% de pacientes 30 a 39 años, datos relevantes que indican que el mayor porcentaje de pacientes pertenecen al grupo etario de la tercera edad lo cual puede tener un efecto positivo pues tienen más experiencia y una mejor adaptación en el autocuidado, también puede haber un efecto negativo pues a mayor edad el paciente tiende a necesitar ayuda de otras personas para cumplir con su cuidado personal además que estos pacientes tienden a presentar comorbilidades que incrementan los cuidados y por el tanto el paciente puede procrastinar o aburrirse en la aplicación del autocuidado.

74% de los pacientes encuestados pertenecen al sexo femenino y 26% al sexo masculino, datos interesantes que revelan que el sexo femenino tiende a acudir más a sus citas o consulta al centro de salud, en los servicios de salud a lo largo del tiempo las mujeres son las que más asisten esto relacionado a temas culturales y por lo tanto esto llega a ser un indicador de autocuidado que beneficia más a las mujeres.

De los pacientes encuestados 70% son casados, 20% solteros y 10% son viudos, el tema del estado civil está relacionado con el autocuidado pues puede ser un factor positivo o negativo dependiendo de otras características de la persona, pues muchas veces una persona joven, casada y con familia tiende a poner en primer lugar el cuidado de su pareja o sus hijos antes que ella y en el caso de una persona de la tercera edad pues el tener a su familia presente involucrada en los cuidados necesarios para el paciente con diabetes es crucial para el autocuidado y la provisión económica que conlleva.

El área poblacional en la que viven los pacientes 63% vive en área rural y 37% vive en área urbana, teniendo en cuenta que los que viven en área urbana tienen mejores

condiciones en aspectos accesibilidad a los servicios de salud y a recursos necesarios para el autocuidado mientras que las personas del área rural tienden a tener mayores complicaciones y escasez de recursos para cumplir con tratamiento y cuidados acorde al diagnóstico en este caso diabetes mellitus.

La ocupación del paciente puede llegar a ser una limitante para cumplir con el tratamiento y autocuidado necesario para el paciente con diabetes mellitus pues todo esto conlleva una inversión de tiempo lo que para algunos resulta complicado, 66% de pacientes son amas de casa, 10% son agricultores, 8% maestros y 16% refiere otras ocupaciones.

36% de los pacientes tiene escolaridad de nivel primario, 24% nivel básico, 22% es analfabeta, 12% nivel universitario y 6% nivel diversificado. Se cree que a mayor nivel de escolaridad de la persona mejor cuidado para su salud tendrá, sin embargo hay que tener en cuenta que una persona con una preparación académica alta tendrá desempeñar su profesión y mayor demanda en sus actividades lo cual absorbe todo su tiempo, esto influirá considerablemente en el cuidado a su salud, además los padres de familia siempre van a tener la responsabilidad de sostener a sus hijos y por lo tanto su prioridad no será solo ellos mismos sino también una familia por lo que hay que tener presente estas características.

44% de los pacientes no presenta ninguna comorbilidad, 40% tienen hipertensión arterial, 14% padecen neuropatía, 2% padece insuficiencia cardíaca. Hay que tener presente que la diabetes mellitus es una patología metabólica y que en transcurso se van presentando comorbilidades diversas que van complicando la estabilidad del paciente y por lo tanto se va requiriendo más tratamiento y mayores cuidados de acuerdo a la enfermedad. Según los datos obtenidos 56% presentan alguna enfermedad asociada lo cual es crucial para desarrollar un plan de autocuidado incluyendo estas características y además muchas de las comorbilidades de la diabetes mellitus son el reflejo del cuidado propio que el paciente va forjando a lo largo de su vida en relación con la enfermedad pues muchas de estas se presentan como complicaciones por un déficit en el tratamiento y cuidado.

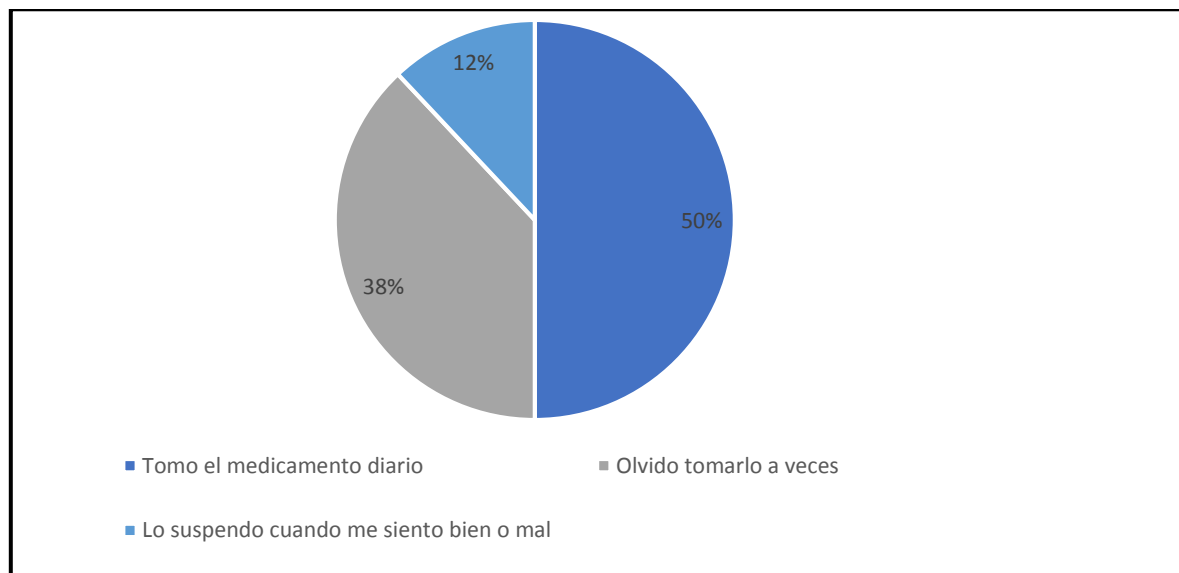
El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de diabetes mellitus es un indicador potencial, los pacientes que no tienen mucho tiempo de ser diagnosticados sufren para adoptar un modo de vida distinto y a la vez el tratamiento suelen abandonarlo en el momento que empiezan a sentirse bien o mal, en comparación con aquellos pacientes que ya poseen experiencia de la enfermedad y por lo tanto ya han logrado adoptar un estilo de vida de acuerdo a su patología lo cual es favorecedor para su salud aunque estas mismas personas en determinado momento pueden llegar a aburrirse y revertir los cambios que han logrado. 50% de la población estudiada tienen de 0 a 5 años de haber sido diagnosticados, 20% de 6 a 10 años, 18% de 11 a 15 años, 6% de 16 a 20 años y 6% más de 21 años.

El autocuidado del paciente diabético es de vital importancia porque como lo describe la ALAD: La adherencia inadecuada al tratamiento es común en aquellos pacientes diabéticos, y puede darse en diferentes ámbitos como el farmacológico, dietético o de actividad física, por lo tanto, deben medirse de forma independiente. La adherencia al tratamiento médico de la DM2 puede afectarse por distintos factores como la edad, el nivel socioeconómico, el sexo y el nivel de complejidad del tratamiento entre otros, por lo que estos factores deben tenerse en mente cuando se evalúe la adherencia a la terapia en los pacientes diabéticos. (Asociación latinoamericana de Diabetes, 2019, pág. 34)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 1
¿Toma sus medicamentos recetados por el médico?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Toma el medicamento diario	25	50%
Olvida tomarlo a veces	19	38%
Lo suspende cuando se siente bien o mal	6	12%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



De los pacientes encuestados 50% toman su medicamento diario, 38% olvida tomarlo a veces y 12% suspende su tratamiento cuando se sienten bien o mal, de acuerdo a los datos obtenidos se concreta que una proporción considerable de pacientes no tienen adherencia al medicamento y esto conlleva a problemas de salud a mediano y largo plazo que comprometen la estabilidad del paciente provocando daños tisulares por el efecto de azúcar durante los días que olvida tomar su medicación o que incluso suspende el tratamiento.

Es necesario que el paciente comprenda la importancia de tomar su medicamento diaria y que sobre todo comprenda la fisiopatología de la enfermedad con el fin de que desarrolle adherencia y pueda crear consciencia de lo que ocurre en su organismo en el momento en que decide abandonar el medicamento. También hay un gran porcentaje de pacientes que son responsables con su tratamiento lo cual hace pensar que han recibido un buen plan educacional por parte del personal de salud y que además estos pacientes ya llevan varios años con el diagnóstico y ya han tenido fases de experiencia que les ha hecho reflexionar sobre la enfermedad.

En la administración de los medicamentos muchas veces es necesario incluir a la familia o cuidadores especialmente en los pacientes adultos mayores pues debido a la polimedicación que tienen pueden presentar confusión a la hora de la administración por lo que en muchos casos se le denomina autocuidado parcial o asistido, pero siempre hacer partícipe tanto al paciente como sus cuidadores. A partir de lo anterior dentro del porcentaje de los pacientes que olvidan tomar su medicamento puede que estén los adultos mayores que por cuestiones de deterioro mental se les olvide tomarlo y no por desinterés a su tratamiento por lo que hay que tener ciertas consideraciones.

La adherencia a la terapia se define como el grado en el que una persona se compromete a seguir las medidas indicadas por el medico en la toma del medicamento, en el compromiso con seguir un plan de alimentación y llevar a cabo

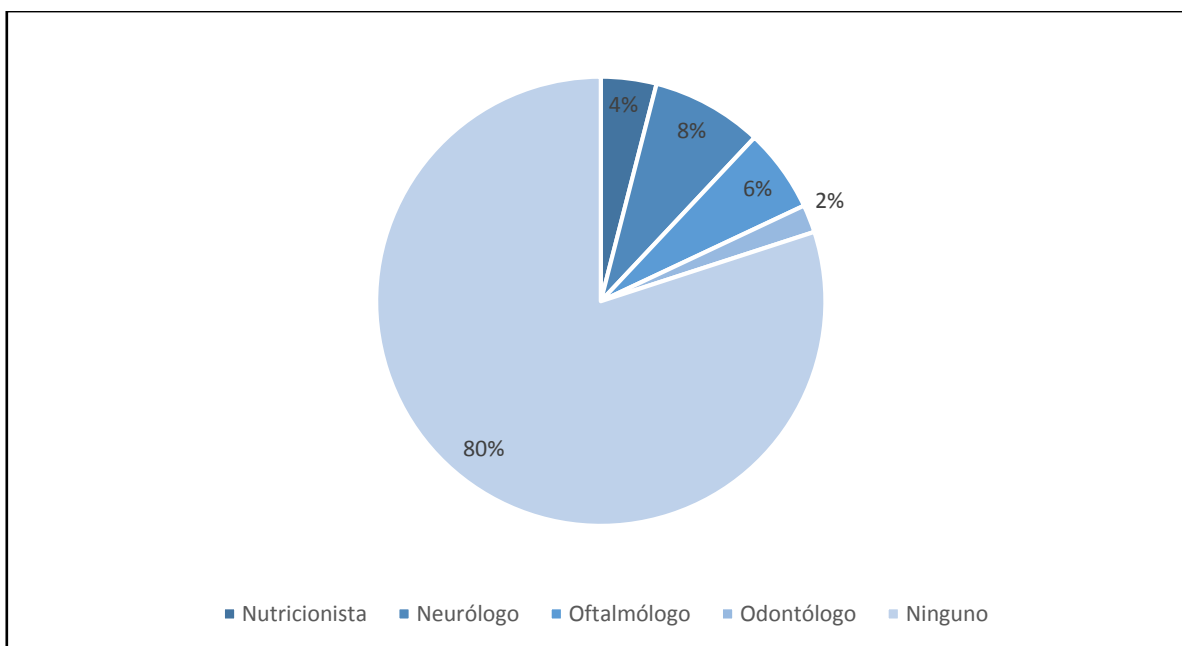
los cambios en el estilo de vida, siguiendo las recomendaciones dadas por un profesional de la salud. Una adherencia deficiente en la terapia contribuye a un mal control glucémico en los pacientes con DM2 y también es una causa importante para padecer complicaciones micro y macro vasculares. (Asociación latinoamericana de Diabetes, 2019)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 2

¿Qué especialistas médicos y otros especialistas de la salud visita para control relacionado con la enfermedad?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Nutricionista	2	4%
Neurólogo	4	8%
Oftalmólogo	3	6%
Odontólogo	1	2%
Ninguno	40	80%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



De los pacientes encuestados 80% no visita ningún otro especialista para evaluación y diagnóstico de la enfermedad aparte del médico general o de cabecera 2% acude al nutricionista, 8% acude al neurólogo, 6% acude al oftalmólogo, 2% acude al odontólogo, de acuerdo a los datos obtenidos se identifica un factor negativo en el cuidado de su salud, esto probablemente a que para acudir a estos especialistas se requiere una economía estable la cual muchas personas no poseen, tomando en cuenta que muchos de estos pacientes residen en el área rural donde no hay servicios de tal índole y en los centros de salud público en su gran mayoría no se cuenta con el servicio integral para el paciente diabético. La minoría que asiste a algunos especialistas cuentan atención del instituto de Seguridad Social gracias a que trabajan para el estado y otros que posiblemente reciben ayuda de familiares para acudir a la referencia con un especialista.

Los datos anteriores son reveladores, pues el paciente en primera instancia no posee practica y el conocimiento sobre el porqué visitar otros especialistas, los servicios de salud pública no cuenta ellos y los que si cuentan se encuentran demasiado lejos de las áreas donde residen los pacientes lo que conlleva gastos de transporte entre otros gastos, por lo que en esta pregunta se cree que nos proporciona información como producto para establecer la garantía de una atención integral, la cual no se logra por diversos factores como: económicos, de conocimiento, físicos y específicos del sistema de salud.

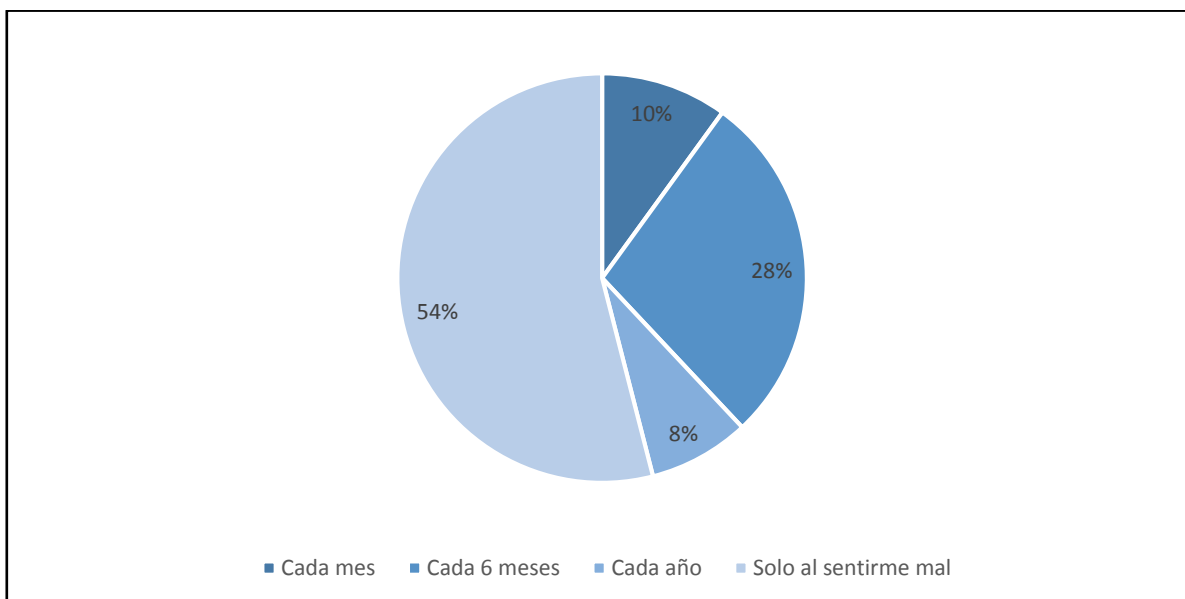
La diabetes suele ser una condición de por vida. Muchas veces los médicos de atención primaria derivan a sus pacientes diabéticos a especialistas para lograr los mejores resultados y mejorar su calidad de vida. Los especialistas en diabetes incluyen médicos, enfermeras, dietistas y terapeutas que pueden ayudar a los pacientes a manejar esta afección al hacer planes individualizados con el paciente. Dentro de ello se encuentran los neurólogos, oftalmólogos, psicólogos, nutricionistas, odontólogos entre otros. (Cecelia Health, 2019)

CUADRO Y GRAFICA NO. 3

¿Con que frecuencia asiste a su cita de control con el medico?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Cada mes	5	10%
Cada 6 meses	14	28%
Cada año	4	8%
Solo al sentirse mal	27	54%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



De los pacientes encuestados, 54% asiste a sus citas de control con el médico de cabecera solo cuando se siente mal o enfermo, 28% asiste a sus citas cada 6 meses, 10% asiste cada mes y 8% asiste cada año a su cita de control.

Este aspecto está relacionado con muchos factores dentro de ello la economía del paciente, la responsabilidad personal, actividades laborales y la intervención del médico que atiende. Si el paciente no tiene recursos económicos como para asistir a su cita médica es poco probable que asista aun si tiene su cita programada, resaltando ir a la cita amerita gastos por ejemplo transporte, una cuota para la cita si es con médico privado y además el tratamiento farmacológico, haciendo énfasis en que muchos de los servicios de salud en el país no tienen los recursos necesarios para una atención general y completa por lo que se debe solicitar al paciente sufrague los gastos tanto para exámenes como para el medicamento, por lo tanto esto absteine al paciente a asistir con el médico.

Por otro lado la responsabilidad personal del paciente juega un papel fundamental debido a que si el paciente no se apegue al tratamiento y a su nuevo estilo de vida será poco probable que el paciente acuda a sus citas de control con el médico, las actividades laborales pueden influir pues independientemente de la ocupación del paciente tiene responsabilidades que se lo impiden, también la información que el médico le proporcione juega un papel primordial porque es allí donde el paciente crea un compromiso para su control constante para identificar riesgos o avances del tratamiento.

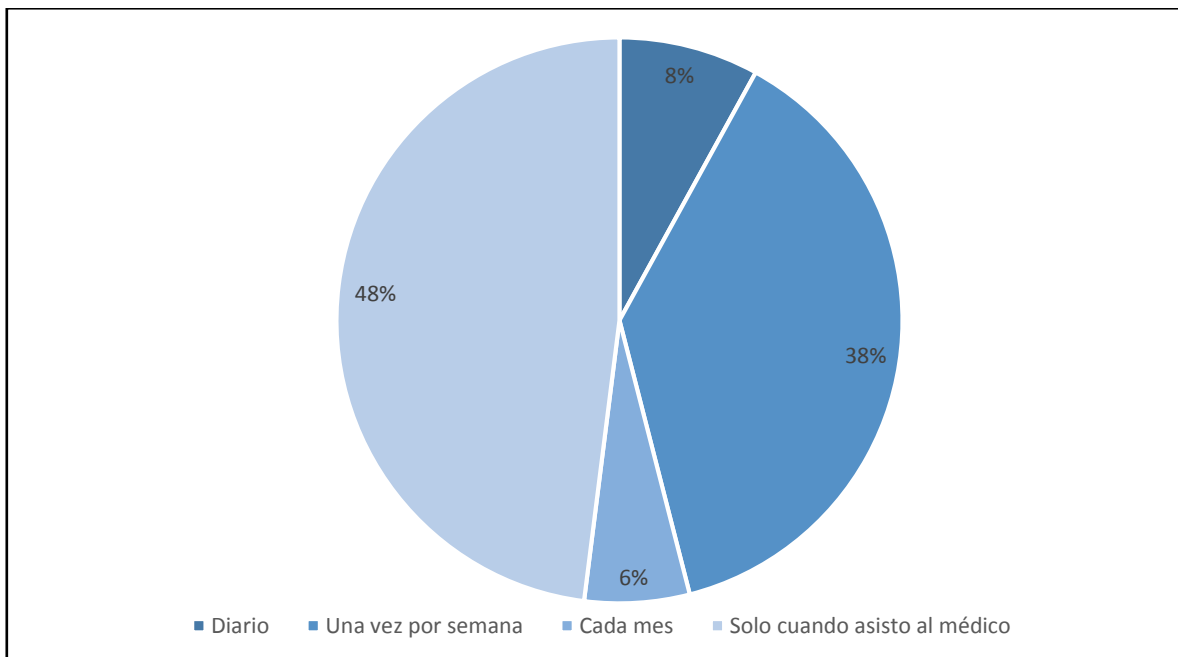
El cuidado de la diabetes mellitus necesita de una comunicación eficaz entre el profesional de la salud y el paciente. Los pacientes tienen la necesidad de compartir información oportuna como los niveles de glucosa, el apego a la dieta y a la actividad física. Algunas herramientas de telesalud facilitan que el paciente y el profesional de la salud gestionen juntos su salud y disminuyen los desplazamientos de los pacientes al consultorio (Telehealth.HHS.Gov, 2021)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 4

¿Con que frecuencia se realiza el Autoexamen de glucosa?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Diario	4	8%
Una vez por semana	19	38%
Cada mes	3	6%
Solo cuando asiste al médico	24	48%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



De la población estudiada 8% se realiza el examen de glucosa diariamente, 38% lo realiza una vez por semana, 6% lo realiza cada mes y el 48% solo lo realiza cuando asiste al médico a un centro de salud. Es importante resaltar que la evaluación de la glucosa es fundamental para determinar el efecto del medicamento y la garantía para disminuir complicaciones en el paciente. Todos los pacientes deberían de contar con un glucómetro en casa y recibir inducción para realizarse el autoexamen de glucosa, sin embargo, muchos no lo tienen por falta de recursos económicos tanto para comprar el aparato como también el material de repuesto que requiere, así como también las condiciones físicas que amerita. Sin embargo, es habitual que el personal de salud no realice la sugerencia al paciente para que pueda optar por hacerlo en casa y capacitarlo.

Existen limitaciones para el monitoreo constante de la glucosa sérica en los pacientes diabéticos, dentro de ellos: la gestión del recurso económico para adquirir un glucómetro individual en casa, falta de conocimientos sobre la enfermedad, falta de una red de apoyo incluyendo la familia especialmente en las personas adultas o adultos mayores y de acuerdo a las experiencias de los pacientes en los servicios de salud públicos no cuentan los suministros necesarios para monitorear constantemente la glucosa a todos los pacientes.

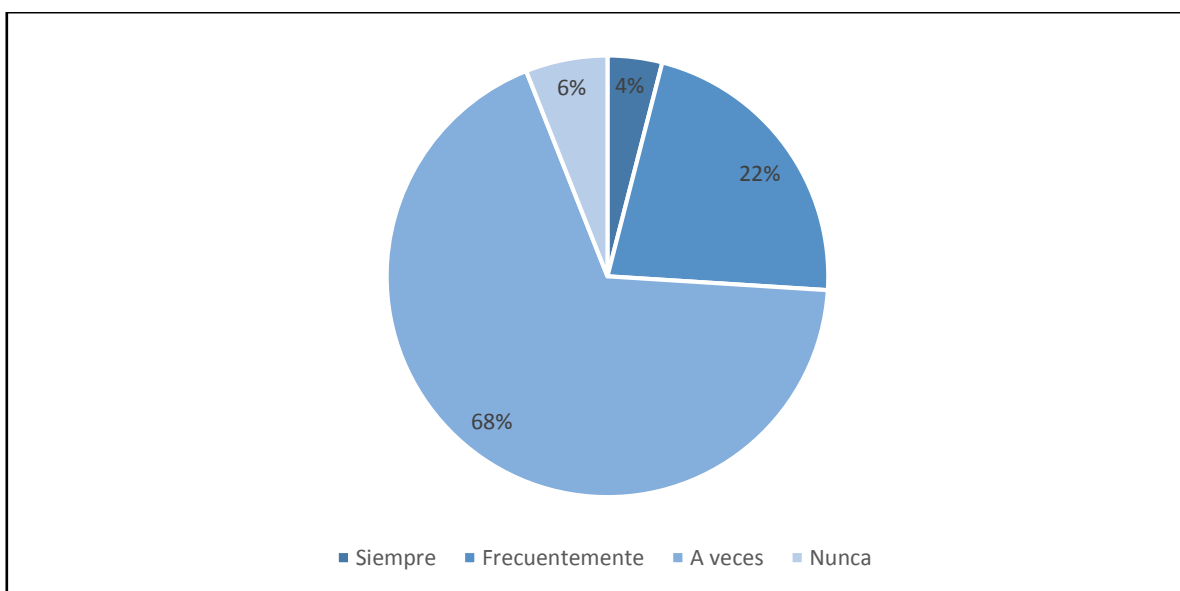
El monitoreo de la glucosa es un eje fundamental en la terapéutica de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El monitoreo constante establece pautas para evaluar la respuesta al tratamiento médico, también determina los objetivos de control glucémico. Es una actividad de utilidad, que debe ser parte de la rutina de autocuidado por el paciente, aprovechando las herramientas para la obtención de la información con el fin de para ajustar las medidas terapéuticas prescritas y motivarlo a participar de forma activa y responsable en el manejo de su enfermedad. (Asociación Americana de Diabetes, 2023, pág. 24)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 5

¿Con que frecuencia ingiere alimentos altos en grasa?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	4%
Frecuentemente	11	22%
A veces	34	68%
Nunca	3	6%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



De la población estudiada 68% ingiere alimentos altos en grasa a veces, 22% lo hace frecuentemente, 6% no ingiere alimentos altos en grasa y 4% refiere consumirlos siempre. El consumo de alimentos altos en grasas pueden llegar a ser perjudiciales debido a que las grasas en determinado momento son un aporte energético que si va acompañado con el sedentarismo pues el paciente va tener riesgo de padecer sobrepeso u obesidad, permitiendo padecer aterosclerosis, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y resistencia a la insulina a largo plazo lo cual pueden llegar a ser comorbilidades potenciales en la paciente lo cual no es nada favorecedor para el paciente diabético. Por lo tanto, para el 26% de pacientes que consumen frecuentemente o siempre es fundamental que disminuyan su consumo y los pacientes que consumen a veces mantener control estricto de su IMC, así como sus respectivos controles de colesterol y triglicéridos entre otros que el médico y nutricionista requieran.

Los pacientes diabéticos deben ingerir las grasas, así como los carbohidratos deben con mucha cautela especialmente los que padecen una comorbilidad como la hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, insuficiencia cardíaca entre otras porque van a influir en su metabolismo y actualmente por los estilos de vida que se han adoptado la comida rápida alta en grasas saturadas es la más común que consumen las personas influyendo en el diagnóstico del paciente. Por otro lado, es recomendable que se le brinde al paciente información sobre el tipo de grasas que, si puede consumir y que además le brindaran ventajas para su salud, siendo las grasas insaturadas entre ellas el aceite de oliva como alternativa para cocinar.

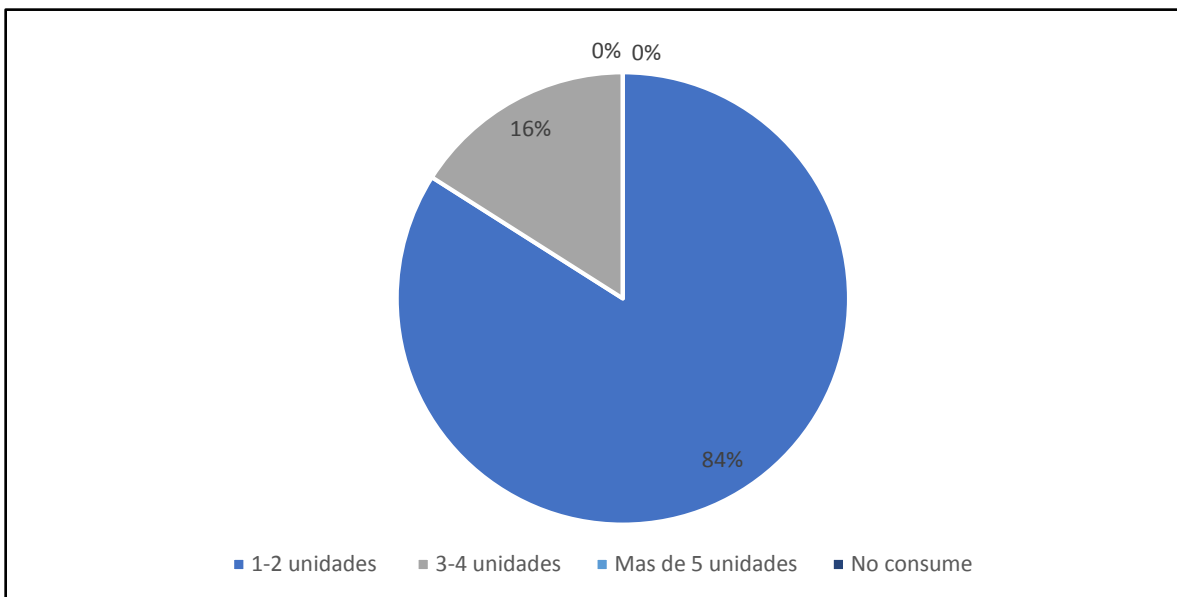
Dietas bajas en grasas: Hay múltiples estudios que han descrito que más allá de la cantidad total de grasa consumida, las alteraciones metabólicas son más importantes por el tipo de grasa que se ingiere. El consumo de ácidos grasos poliinsaturados (PUFA) incrementa el control de la presión arterial, de la coagulación, la función endotelial y la resistencia a la insulina, generando efectos beneficiosos para la prevención y tratamiento de la diabetes. (Asociación latinoamericana de Diabetes, 2019, pág. 42)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 6

¿Cuántas porciones o unidades de fruta y verduras consume al día?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1-2 unidades	42	84%
3-4 unidades	8	16%
Mas de 5 unidades	0	0%
No consume	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



De la población estudiada 84% de las personas encuestadas consumen aproximadamente de 1 a 2 porciones de verdura y frutas al día, 16% consume 3-4 porciones al día, ninguno consume más de 5 porciones por lo que se destaca el consumo de estos alimentos; sin embargo, incrementar el consumo de porciones de frutas y verduras al día puede evitar problemas de salud severos al consumir otras dietas altas en grasa por ejemplo el consumo excesivo de carnes y cereales refinados que son beneficiosos para su diagnóstico de salud debido que pueden encaminarlos a complicaciones metabólicas.

Las frutas y verdaderas deben ser la base de la alimentación de una persona diabética con respectivas recomendaciones dietéticas y nutricionales, para muchos pacientes actualmente la comida rápida es una de las alternativas incluyendo golosinas entre otras como las comidas de estilo callejero denominado comúnmente resulta ser una alternativa de refacción lo cual no es lo recomendable. Para los pacientes que pueden acudir al nutricionista es una base para el conocimiento de lo que pueden y no comer; pero para las personas que no, es una tarea del personal de salud más cercano al mismo guiarlo en su alimentación. Y es en las regiones rurales donde se generan los malos hábitos alimenticios ya sea por falta de recursos económicos para adquirir lo necesario para una buena alimentación, también hay que considerar una ventaja de estas comunidades rurales que es abundancia de frutas y verduras, únicamente hay crear alternativas principalmente con los grupos de diabéticos para transformar las amenazas en fortalezas de una manera adecuada.

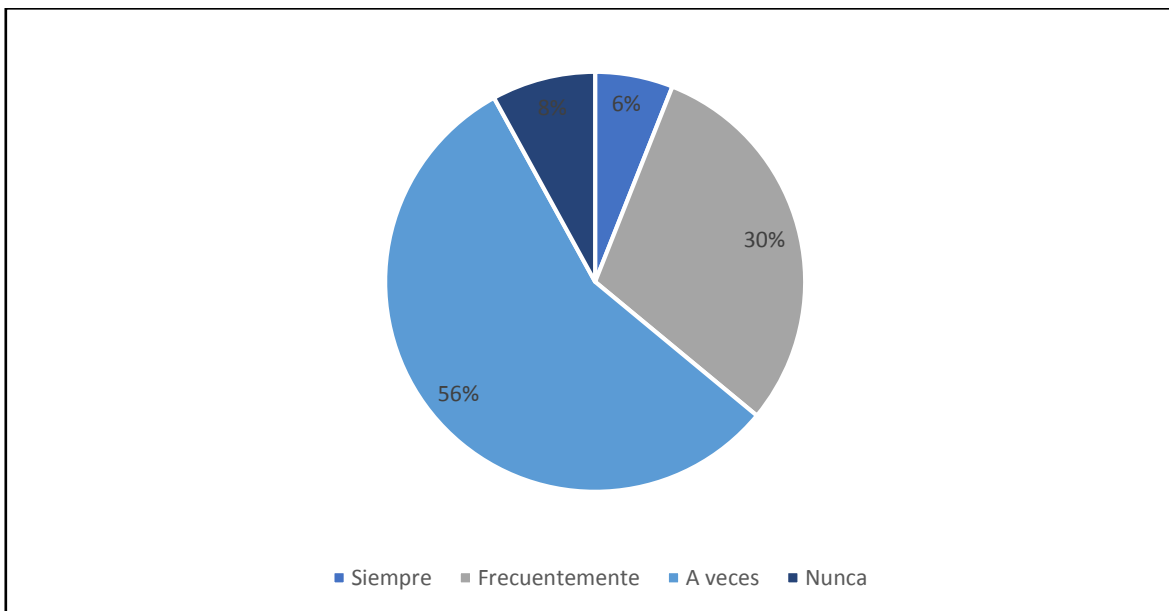
Por su valor nutritivo y su papel protector para la salud, se debería consumir más de una ración de fruta al día, preferiblemente fresca. Es recomendable un consumo frecuente de frutas enteras, ya que los jugos aportan sólo vitaminas y minerales y carecen de la mayor parte de la fibra que aporta la fruta entera. Las frutas secas como ciruelas, castañas, pasas, dátiles entre otras se caracterizan principalmente por un menor contenido de agua, aunque concentran el resto de los nutrientes y aumentan también el aporte calórico. Se recomienda un consumo habitual de 400 gramos (4 a 5 raciones), de verduras y frutas por día, priorizando las variedades de temporada. (Asociación Panamericana de la Salud)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 7

¿Con que frecuencia consume bebidas azucaradas o altas en carbohidratos?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	6%
Frecuentemente	15	30%
A veces	28	56%
Nunca	4	8%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



6% de la población estudiada refiere consumir bebidas azucaradas altas en carbohidratos, 30% refiere consumirlas frecuentemente, 56% las consume a veces y 8% no las consume nunca, los resultados proporcionan datos muy interesantes pues una gran proporción refiere consumirlas siempre, frecuentemente o a veces lo cual hace pensar que al ingerirlas los pacientes no están comprometidos al máximo con la dieta y la adopción de un estilo de vida que le permita mejorar su estado de salud y sobre todo no hay consciencia de las acciones como los hábitos alimentarios pueden presentar una serie de complicaciones con relación a la patología que ya padece.

El consumo de bebidas azucaradas en pacientes diabéticos debe ser controlado adecuadamente pues estas tienden a subir el azúcar rápidamente en sangre influye a la sensibilidad de la insulina lo cual puede provocar daños a los tejidos y también influye mucho en los pacientes que tienen sobrepeso y obesidad lo cual les hará ganar mucho más peso y junto con el sedentarismo y otros hábitos que no son saludables a mediano o largo repercutirán como comorbilidades o complicaciones para el paciente.

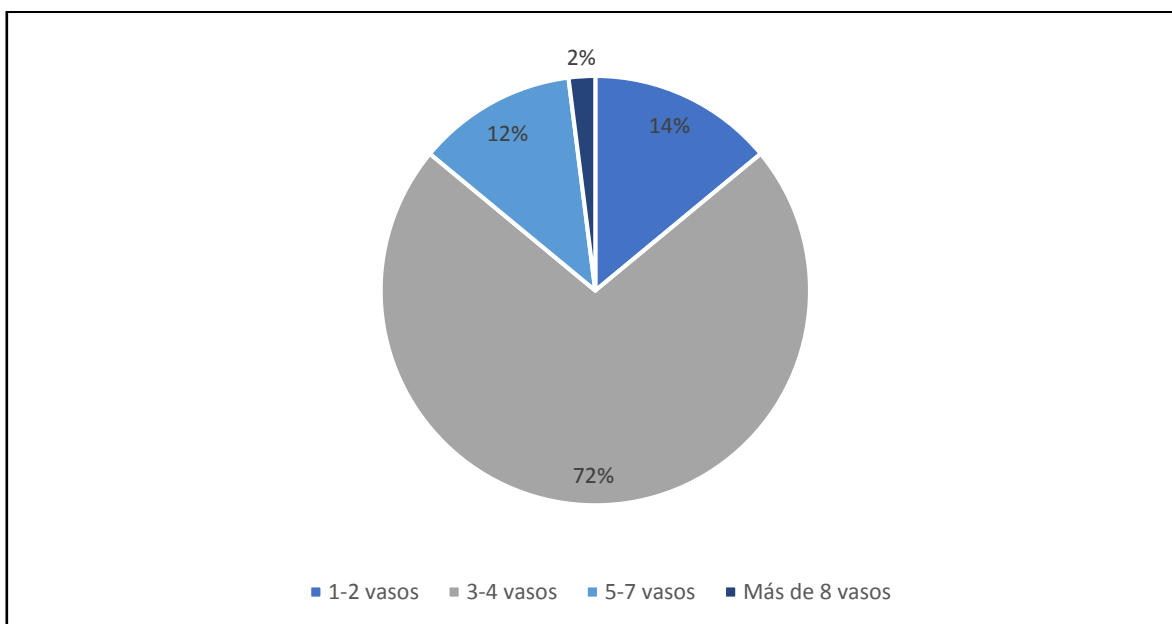
Los azúcares simples de absorción rápida, como el azúcar de mesa y la miel, se caracterizan por aportar energía y aumentar la palatabilidad de los alimentos y bebidas. El consumo de azúcares debe ser moderado por lo que su uso debe ser ocasional ya que una ingesta elevada puede favorecer el sobrepeso. (Asociación Panamericana de la Salud)

Dietas bajas en carbohidratos: hay suficiente evidencia científica que demuestra que la alimentación baja en carbohidratos disminuye los valores promedios de glucosa en sangre, mejorando la sensibilidad a la insulina, ayudando a controlar el peso corporal y la presión arterial, además de reducir el riesgo cardiovascular. (Asociación latinoamericana de Diabetes, 2019, pág. 42)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 8
¿Cuántos vasos de agua consume al día?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1-2 vasos	7	14%
3-4 vasos	36	72%
5-7 vasos	6	12%
Más de 8 vasos	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



De los pacientes encuestados, 72% consumen de 3 a 4 vasos de agua pura al día, 14% consumen 1 a 2 vasos al día, 12% consumen 5 a 7 vasos al día y 2% consume más de 8 vasos al día, aunque la mayoría consume 3 a 4 vasos lo ideal es recomendar a los pacientes que logren consumir sus 8 vasos de agua al día y esto independientemente de si la persona tiene diagnóstico de diabetes mellitus o esta potencialmente sano o a menos que tenga restricción de líquidos determinada por otra comorbilidad el paciente debe de consumir 8 vasos de agua pura equivalente a 2 litros de la misma, es importante recordar que el agua en nuestro cuerpo representa aproximadamente 50% al 70% del peso corporal, por lo tanto es un líquido vital para el buen funcionamiento de todas células y tejidos del cuerpo.

El agua es el líquido vital para el ser humano discriminar a los pacientes diabéticos, el consumo de agua debe ser indispensable para el autocuidado, pues permite la hidratación de cada una de las células del cuerpo, mejora el transporte de los nutrientes a través de los tejidos, disminuye el estreñimiento y disminuye la aparición de enfermedades del tracto urinario comunes en las personas diabéticas evitando de esta manera que se produzcan diversas patologías a nivel sistémico. Aunque los pacientes toman los vasos de agua que están dentro de las recomendaciones dietéticas es importante recomendarles que consuman recomendación máxima que son 2 litros o equivalente a 8 vasos al día

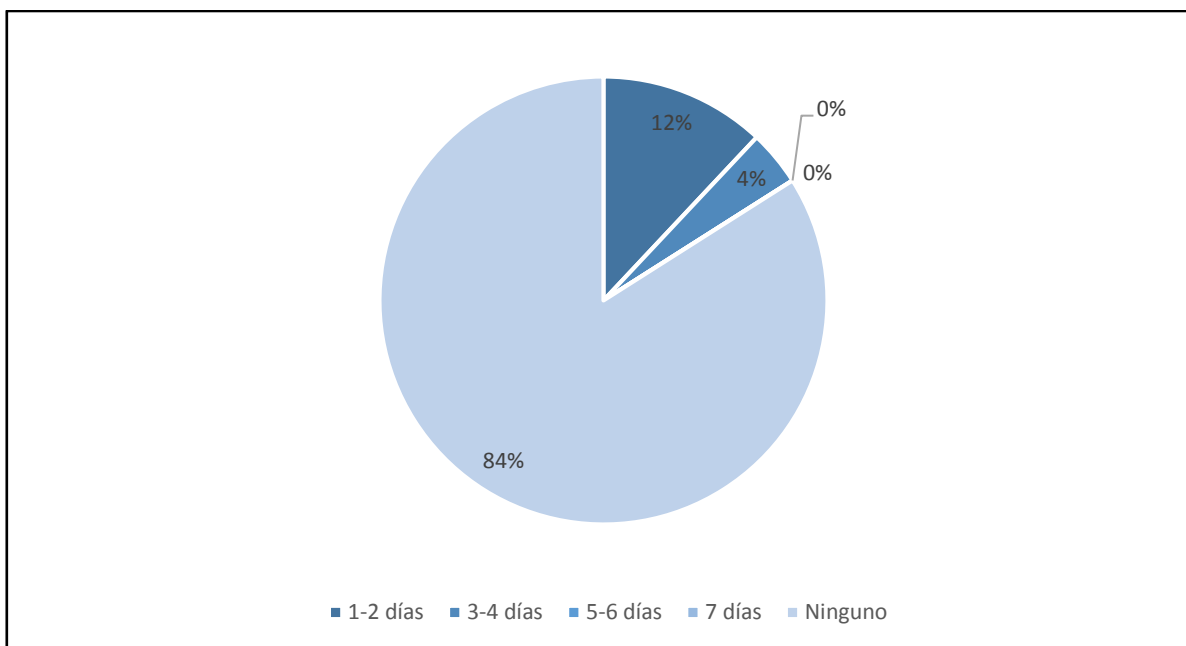
El agua es un elemento fundamental para el adecuado funcionamiento del organismo, ya que la mayoría de reacciones químicas de nuestro organismo tienen lugar en un medio acuoso. Además, un consumo adecuado de agua ayuda a prevenir el estreñimiento y mejorar el metabolismo intestinal. El consumo de un litro 4 vasos a dos litros 8 vasos de agua al día es muy beneficioso para la salud. (Asociación Panamericana de la Salud)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 9

¿Cuántos días a la semana realiza actividad física?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
1-2 días	6	12%
3-4 días	2	4%
5-6 días	0	0%
7 días	0	0%
Ninguno	42	84%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



De la población estudiada, 84% no realiza actividad física ningún día de la semana, 12% realiza actividad física de 1 a 2 días por semana, 4% realiza actividad física 3 a 4 días por semana y ninguna persona realiza actividad física más de 4 días a la semana, obtuvimos datos importantes porque la mayor proporción de pacientes no realizan ejercicio ningún día, lo cual es un factor de riesgo alto de que el paciente en algún momento presente complicación tanto metabólica como también psicológica recordemos el practicar actividad física brinda al paciente efectos anti estrés, mejora la circulación sanguínea, previene el sobre peso y la obesidad y desde luego la resistencia a la insulina temas de suma importancia para el paciente diabético.

De acuerdo a lo anterior se establece que la mayoría pacientes no practica actividad física esto ligado posiblemente a su trabajo o actividades cotidianas sin embargo hay que hacer conciencia sobre los riesgos que conlleva el no ejercitarse y explicarle al paciente claramente sobre los pasos para la adopción del hábito y considerar las posibles causas del porque no hace ejercicio ningún día la semana y proponerle planes para logre realizar sus 150 minutos de ejercicio a la semana. También hay que resaltar la edad de los pacientes y las patologías asociadas que podrían limitar al paciente.

Cabe mencionar que el tiempo ocupado para actividad física tiene que específicamente para ello sin relacionar otras actividades laborales o cotidianas, en el cuadro No. 10 se expone el tiempo que ocupa el paciente al día.

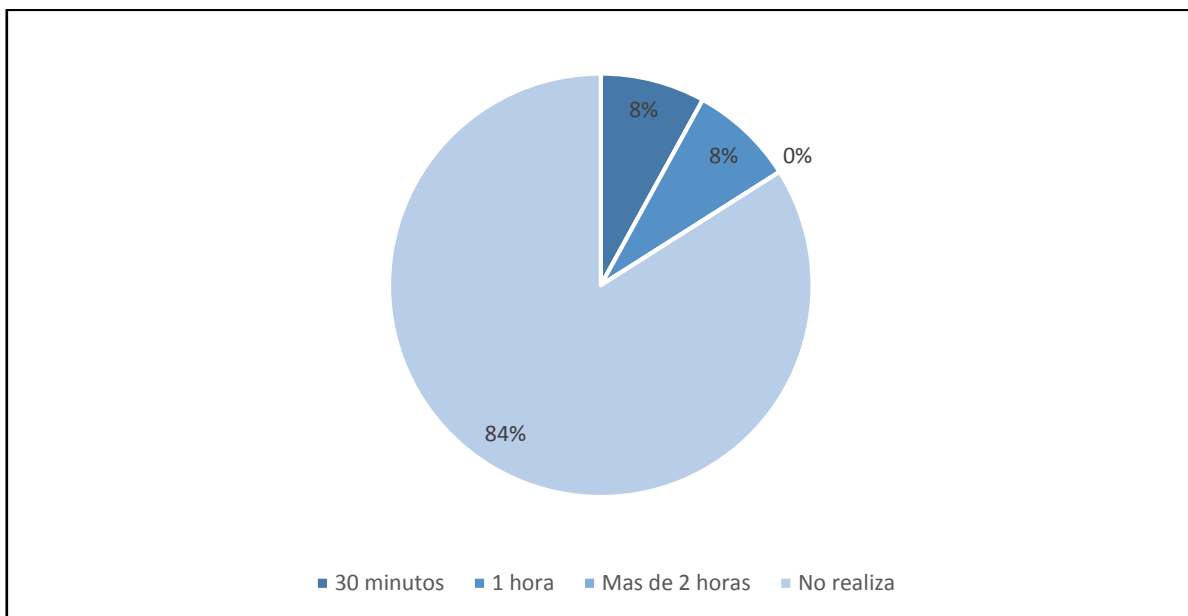
Se recomienda la realización de al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico, con una intensidad moderada (70% de la FC máxima), al menos cinco días a la semana. En pacientes con DM2, la introducción de ejercicio supervisado (tanto aeróbico como de resistencia), está asociado a una mejor calidad de vida; esta tendencia en calidad de vida, aumenta en respuesta al volumen de ejercicio. (Asociación Americana de Diabetes, 2023, pág. 44)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 10

¿Cuánto tiempo ocupa al día para practicar actividad Física?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
30 minutos	4	8%
1 hora	4	8%
Mas de 2 horas	0	0%
No realiza	42	84%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes con diagnóstico de diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



Como se exponía en el cuadro No. 9, de los pacientes encuestados 84% no realizan actividad física ningún día de la semana y por lo tanto coincide con el tiempo por día ocupado para esta actividad, 8% de los pacientes ocupan 30 minutos al día y el 8% restantes realiza una hora al día, por lo que se considera baja la proporción de los pacientes que practica actividad física lo cual es preocupante pues los riesgos que conlleva el sedentarismo son muy altos para que el paciente presente comorbilidades que puedan empeorar el pronóstico de vida.

La actividad física es la mejor forma para garantizar la calidad de vida, hay que recordar el sedentarismo es uno de los riesgos más importantes para que una persona sana padezca de enfermedades metabólicas; por ello las personas que ya tienen diagnosticada una enfermedad metabólica deben tener presente que es importante que modifiquen su estilo de vida principalmente con la práctica de actividad física para quizás ya no erradicar la enfermedad, pero para garantizar una mejor calidad de vida que al no hacerlo.

La gestión del tiempo es de vital importancia para que los pacientes inicien a realizar actividad física, pues se sabe muy bien que independientemente de la edad, del área geográfica o sexo del paciente, cada persona tiene actividades propias en las cuales ocupa su tiempo durante el día y lo largo de su vida ya se ha adaptado a las mismas, por lo que la base de la adopción de un nuevo hábito debe ser guiado por una red de apoyo al menos durante el tiempo en que desarrolla el hábito por lo tanto es necesario integrar a otras personas como familia, vecinos o el mismo personal de salud. Al explicarle al paciente la necesidad de la práctica de actividad física hay que generar en el entusiasmo a través de la descripción de los resultados tanto físicos como psicológicos que va a obtener.

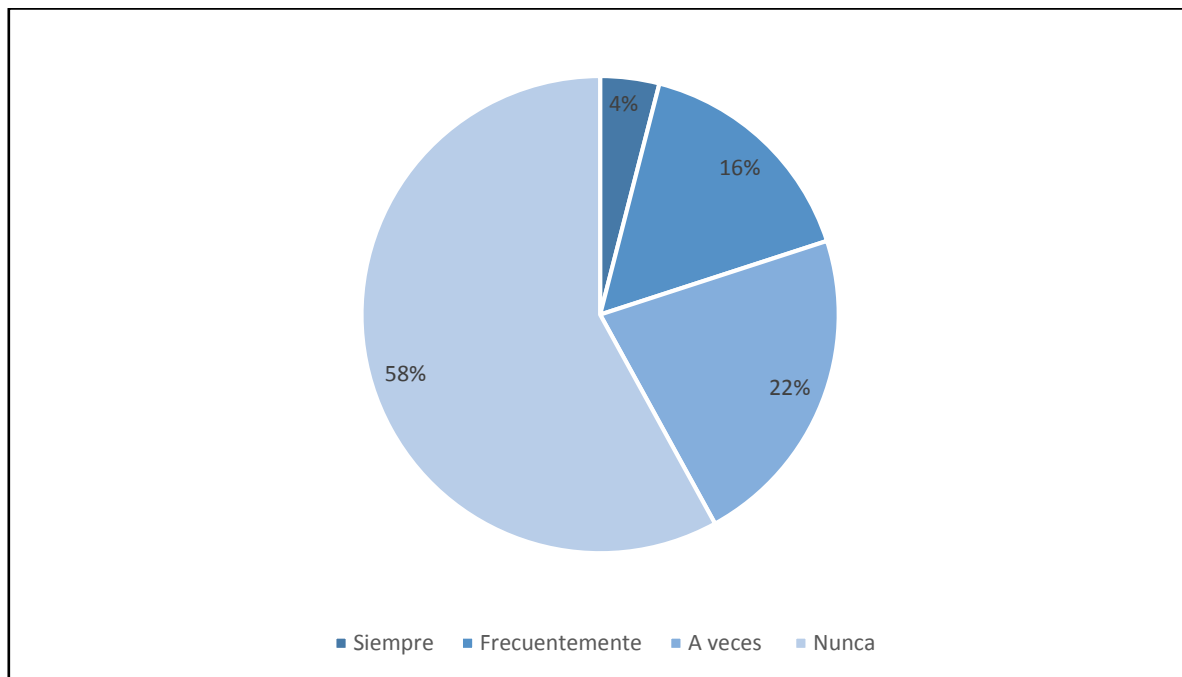
Es recomendable la realización de 150 minutos semanales como mínimo de ejercicio aeróbico, de intensidad moderada, es decir, que debe representar el 70% de la frecuencia cardíaca (FC) máxima, al menos por cinco días a la semana. En los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, introducir ejercicio supervisado (tanto aeróbico como de resistencia), se asocia a una mejor calidad de vida; y aumentando el ejercicio la calidad de vida también mejora. (Asociación Americana de Diabetes, 2023, pág. 44)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 11

¿Con que frecuencia revisa sus pies en busca de lesiones o infecciones?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	4%
Frecuentemente	8	16%
A veces	11	22%
Nunca	29	58%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



De la población estudiada 58% nunca revisa sus pies en busca de lesiones o infecciones, 22% revisa sus pies a veces, 16% los revisa frecuentemente y 4% los revisa siempre, los resultados obtenidos reflejan que los pacientes no observan sus pies de manera preventiva a manera de evitar complicación como el pie diabético, una patología muy común en los servicio de salud actualmente; tomando en cuenta la fisiopatología de la neuropatía secundaria a diabetes mellitus en la cual el paciente sufre de daño neurológico o insensibilidad de las extremidades inferiores principalmente motiva a que el paciente se lesione sin que él se pueda percatar, además la identificación de lesiones se debe tener cuenta una buena higiene y utilizar un calzado cómodo para no llegar a padecer las mismas o peor aún que ya existan infecciones que encaminen a un mal pronóstico como en el peor de los casos la amputación de la extremidad lo que puede ser devastador psicológica y físicamente para el paciente mismo que se puede prevenir con una buena inducción por parte de las entidades de salud para el autocuidado en el hogar.

El cuidado de los pies para las personas diabéticas debe ir desde una simple inspección hasta cuidados estéticos y de higiene personal para garantizar que no se formen ulceraciones e infecciones que puedan darle complicaciones. Dentro de las recomendaciones también es indispensable que se utilice zapatos cómodos y adecuados para que estos no le provoquen lesiones y marcas pre ulcerativas, la higiene de las uñas debe de ser indispensable pues constantemente los pacientes padecen de infecciones fúngicas que a largo plazo pueden propagarse y lesionar la piel y constituir una infección cutánea o subcutánea que agrave la situación del paciente.

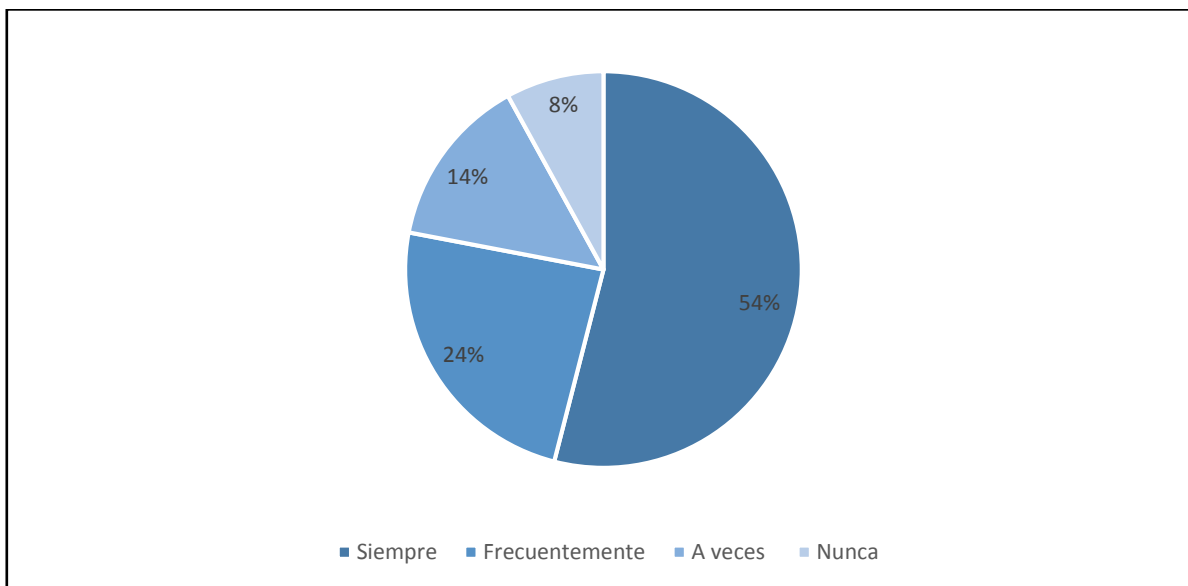
La neuropatía influye en la sensibilidad de los pies, de tal modo que los pacientes dejan de percibir el dolor y la irritación, incluso otros tipos de lesiones en los pies pueden pasar desapercibidas. Por esto, una lesión que atraviesa a la piel puede pasar desapercibida por mucho tiempo antes de que se perciba como dolor. Los cambios sensitivos que alteran la forma en que las personas diabéticas soportan el peso sobre sus pies, concentrándolo en ciertas zonas, en las que, por esta razón, se forman callosidades. Estas callosidades (y la sequedad de la piel) aumentan el riesgo de lesión de la piel. (Brutsaert, 2023)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 12

¿Con que frecuencia se ha sentido triste, desesperado al pensar en su enfermedad?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	27	54%
Frecuentemente	12	24%
A veces	7	14%
Nunca	4	8%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



De los pacientes encuestados 54% se han sentido tristes y desesperados al pensar en la enfermedad, 24% se siente triste y desesperado, 14% a veces se siente triste y desesperado y 8% nunca se siente triste y desesperado. De acuerdo a los datos obtenidos el mayor porcentaje de pacientes ha manejado siempre tristeza y desesperanza, emociones relacionadas a depresión y ansiedad, muy pocos son los que han llegado a manejar estas emociones adecuadamente, aunque es muy importante resaltar que la persona sea diagnosticada con una enfermedad crónica es motivo de sentirse triste y caer en estados de ánimo complejos por el hecho de pensar en la sostenibilidad, en los recursos que conlleva la enfermedad y en general en todos los cambios que debe realizar para mantener el equilibrio fisiológico de la enfermedad.

Es importante que el paciente pueda obtener una atención integral que incluya especialistas como psicólogos, psiquiatras como también terapeutas físicos que le ayuden a dirigir sus emociones adecuadamente; sin embargo se sabe muy bien que no todas las personas tienen la oportunidad de acudir a estos especialistas, pero en los servicios de salud pública es primordial orientarlos sobre algunas técnicas para el manejo de emociones o con el simple acto de motivarlos a realizar actividad física aunque no es una garantía pero es bien sabido que el ejercicio ayuda a él autoestima y mejorar la percepción de la vida.

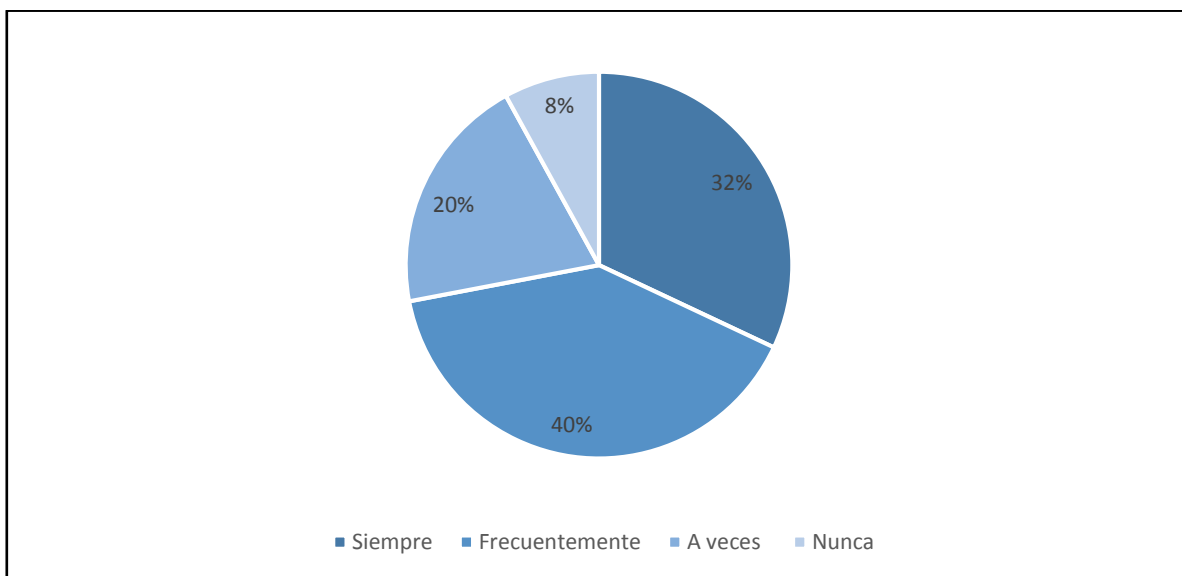
La salud mental puede afectar muchos aspectos de la vida diaria, además de la forma en la que se maneja el estrés, en la que se relaciona con otras personas y en la toma de decisiones. Se debe tomar en cuenta que al tener un problema de salud mental este puede dificultar el apego a su plan de cuidado de la diabetes. El modo de pensar, de sentir, las creencias personales y las actitudes individuales, pueden afectar a la salud corporal. Los problemas de salud mental que no se tratan de manera adecuada pueden empeorar la diabetes, y a su vez, los problemas propios de la diabetes y el estado físico, pueden empeorar la salud mental y los problemas de salud mental coexistentes. Pero afortunadamente si mejora uno, el otro también tiende a mejorar. (Centro para el control y prevención de enfermedades, 2023)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 13

¿Su familia lo apoya y está pendiente de los cuidados y tratamiento para la enfermedad?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	16	32%
Frecuentemente	20	40%
A veces	10	20%
Nunca	4	8%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



De los pacientes encuestados, 40% se siente apoyado en los cuidados y tratamiento para la enfermedad por parte de su familia, 32% siempre se siente apoyado, 20% a veces y 8% no se siente apoyado nunca. Según los datos obtenidos afortunadamente siempre o frecuentemente se han sentido acuerpados por su familia en el abordaje de la enfermedad, lo cual es positivo pues una red de apoyo al enfermo con diabetes mellitus es fundamental no solo para la adopción de un estilo de vida más saludable sino también con el apoyo moral y económico que requiere el tratamiento y los recursos económicos, para lograr adoptar hábitos saludables, además hay que recordar en la caracterización de esta población una proporción de pacientes es de la tercer edad que también requieren de acompañamiento en el autocuidado por lo que la familia es una base fundamental.

No hay que olvidar a la proporción de paciente que se sienten apoyados a veces y también los que nunca se sienten apoyados por su familia porque estas personas pueden llegar a ser las primeras en presentar disfunción en el autocuidado o peor aún comorbilidades complejas desde las psicológicas hasta las físicas por falta de apoyo moral, económico y es por eso que puede haber abandono del tratamiento o deterioro en el autocuidado.

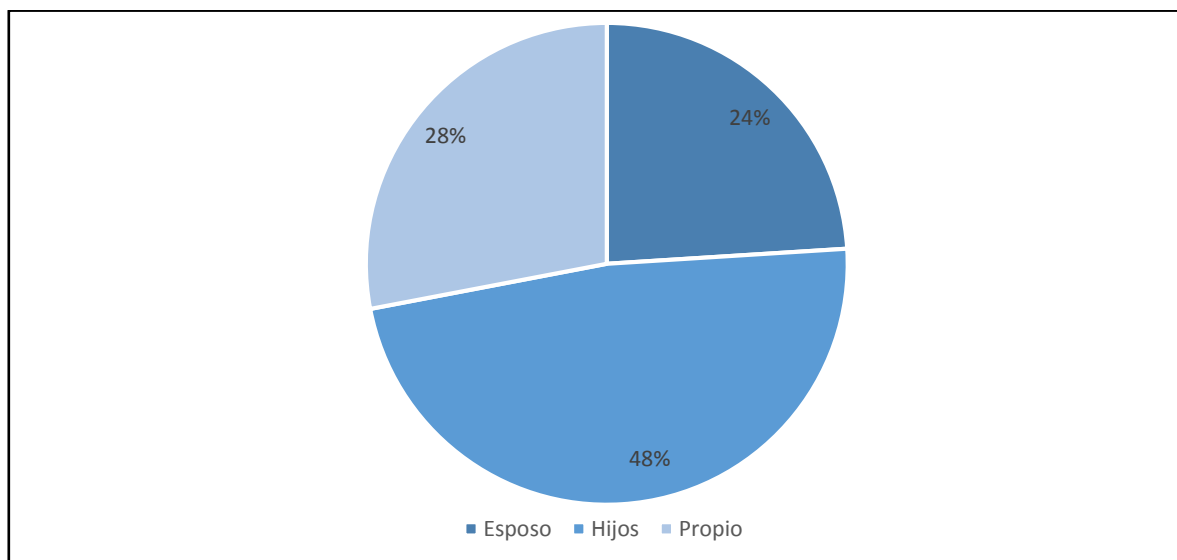
La familia se considera una base importante de apoyo para las personas que padecen con alguna enfermedad crónica: aquellos pacientes con mayor apoyo familiar tienen un mejor cumplimiento de las recomendaciones para el automanejo y un mejor control de su enfermedad. Esto es de vital importancia para el automanejo a largo plazo, puesto que el énfasis del núcleo familiar en la autosuficiencia y el logro personal; la cohesión familiar y la reacción atenta a los síntomas se asocian con una mejor evolución del paciente. (Grady & Lucio, 2018)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 14

¿Quién cubre los recursos económicos para su tratamiento y cuidados con relación a la enfermedad?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Esposos	12	24%
Hijos	24	48%
Propio	14	28%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



La población encuestada refieren que, 48% obtiene los recursos económicos para su tratamiento y cuidados con relación a la enfermedad a través de sus hijos, 28% es propio y 24% es por parte del esposo/a, estos datos ayudan establecer la dependencia del recurso económico pues es un factor fundamental para obtener el acceso a personal de salud especializado, a tratamiento farmacológico, alimentación y otro tipo material necesario, si se analiza detenidamente una gran proporción de pacientes reciben este recurso tanto de los hijos como del esposo/a lo indica que el apoyo de la familia es significativo y está presente lo que es beneficioso para el proceso del paciente sin embargo a veces esto puede motivar en el paciente una emoción de culpa o carga para sus familiares lo cual genera estrés y ansiedad, llevándolo a abandonar su tratamiento o los cuidados, además una proporción considerable de pacientes que cubren el gasto por sí mismos de ellos hay tener en cuenta que tienen que trabajar para obtenerlo cosa que puede limitar el cuidado porque tienen que invertir tiempo en su trabajo lo cual puede resultar siendo poco favorable para el paciente aunque la independencia económica en todo momento resulte mejor emocionalmente para el paciente pero lo obliga a tener más presión mental y física lo cual no es de beneficio para el paciente.

En resumen, la economía familiar se ve considerablemente afectada cuando un miembro de la familia presenta esta patología pues los gastos son elevados aun si el paciente es atendido en instituciones públicas los costes de transporte, alimentación y recursos específicos que nos cubiertos por el estado hacen que el enfermo y la familia tengan una carga extra.

La DM por si sola y más aún en presencia de complicaciones, necesita del acompañamiento familiar al paciente diagnosticado. Lo anterior, debido a que la DM exige para un control adecuado el cambio de hábitos, para mejorar la calidad de vida y una atención cuidadosa en la dieta, el ejercicio y prevención de accidentes. Así también, requiere de atención y cuidados extremos al presentarse complicaciones, mismas que incluso pueden llevar al paciente a condiciones de capacidades disminuidas de desplazamiento. Esta realidad en un contexto de

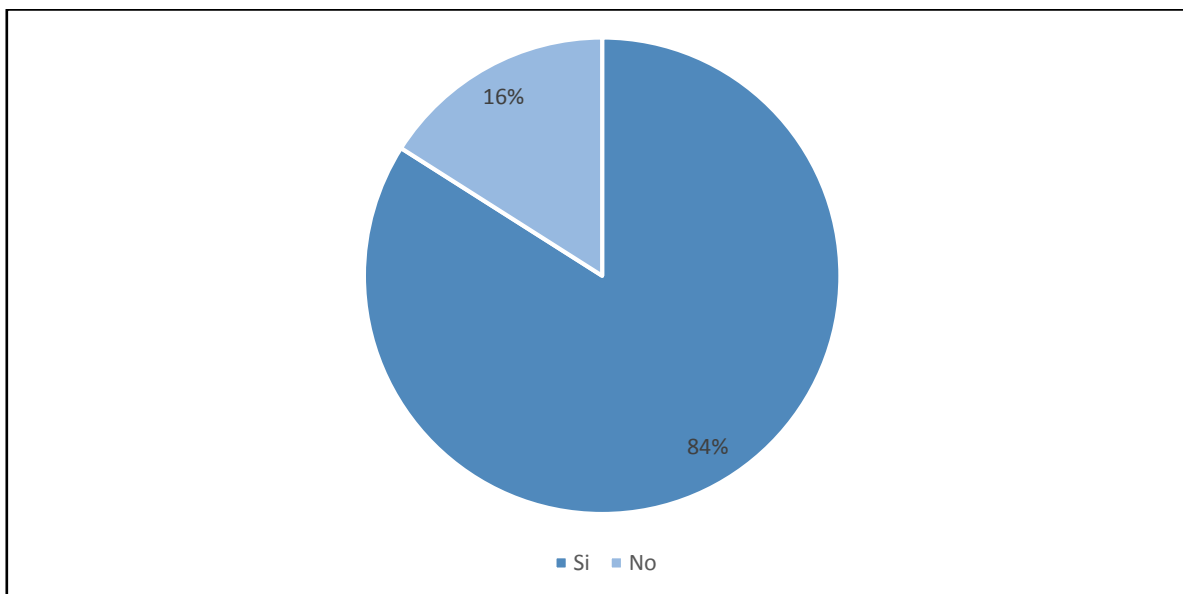
familia normal se ve alterado y se requiere de compromiso, lealtad y aporte económico para el cuidado del paciente. Ahora bien, en un contexto disfuncional, la familia ignora, desatiende o incluso abandona al paciente dejándolo en condiciones de vulnerabilidad profunda. (Reyes Guillén, Flor Ivett, 2022)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 15

¿Se le ha presentado algún inconveniente para cumplir con el tratamiento y dieta respectiva de acuerdo a la enfermedad?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	84%
No	8	16%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que aplican los pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



De acuerdo a los datos obtenidos 84% de pacientes refiere tener inconvenientes o factores para cumplir con el tratamiento y dieta respectiva de acuerdo al requerimiento de la enfermedad y solamente el 8% no presento inconvenientes. Según estos datos se puede identificar que la mayoría de los pacientes tienen un factor que impide realizar el autocuidado de manera eficiente en el siguiente cuadro se expone algunos de los factores que los pacientes consideran no les permite cumplir con el mismo.

El contexto de cada persona es diferente y desde luego su punto de vista y su percepción a los factores que intervienen en el autocuidado médico y personal que se recabaron en la investigación no son determinantes sin embargo es importante describir al paciente según la información que proporciona. En este ítem se dirige la pregunta sobre si el cree que hay inconvenientes para lograr realizar sus actividades de autocuidado y tratamiento de la diabetes mellitus. Es importante prestar atención a estos aspectos al identificarlos tempranamente se puede gestionar como servicios de salud para evitar complicaciones en los pacientes.

Los servicios de salud pública, tienen el deber de identificar a las personas enfermas con diabetes mellitus y estar evaluando constantemente los factores de riesgo que puedan intervenir en el autocuidado y tratamiento farmacológico para trabajarlo no solo con el paciente si no incluir la participación activa de la familia, así como también abrir espacios para que personas diabéticas compartan sus experiencias entre sí.

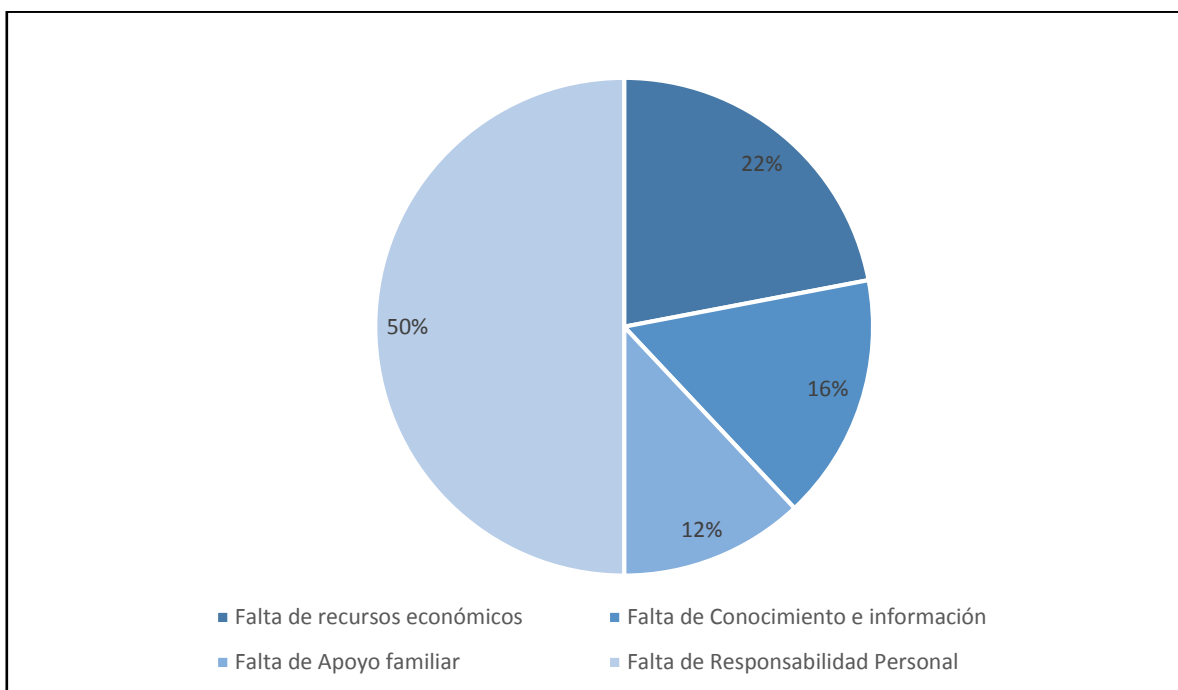
Son aspectos fundamentales de cada individuo que determinan de una manera particular las acciones que cumplen para mantener su autocuidado. Son factores internos o externos a los individuos que afectan su capacidad para comprometerse en el autocuidado y afectan el tipo y calidad de autocuidado que se requiere. (Benavides, 2013)

CUADRO Y GRÁFICA NO. 16

¿Factores según el paciente impiden aplicar autocuidado adecuadamente?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Falta de recursos económicos	11	22%
Falta de Conocimiento e información	8	16%
Falta de Apoyo familiar	6	12%
Falta de Responsabilidad Personal	25	50%
Total	50	100%

Fuente: Autocuidado que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia. Julio de 2024



Los pacientes encuestados refirieron tener inconveniente o factores para cumplir adecuadamente con su tratamiento y autocuidado, el 50% de ellos consideran que el principal inconveniente es la falta de responsabilidad personal, 22% cree que el factor o inconveniente es la falta de recursos económicos, 16% la falta de información y conocimiento acerca de la enfermedad y el 12% considera que la falta de apoyo familiar es un factor que interviene, tomando en consideración que algunos pacientes refirieron presentar más de un factor .

Se destaca el mayor porcentaje que la falta de responsabilidad personal como factor principal, esto probablemente porque no han recibido una información completa sobre riesgos que conlleva la falta de apego al tratamiento farmacológico y la modificación estricta de los estilos de vida en los pacientes diabéticos.

Muchos de los pacientes presentan dificultad para adherirse a un programa de autocuidado y tratamiento para la diabetes mellitus en el cual influyen muchos factores no solamente la falta de responsabilidad individual, pues el acompañamiento de una red de apoyo de la familia sería una base sólida sobre la cual el paciente debería de cambiar hábitos principalmente alimenticios en el cual familia que convive con el paciente tiene que practicar la empatía adaptándose a comer sanamente y esto pues a grandes rasgos no solo es beneficioso para el enfermo sino también para los miembros de la familia pues estarían disminuyendo riesgos de padecer enfermedades metabólicas relacionadas con la alimentación. Las entidades de salud pública juegan un papel fundamental, muchas veces tienen el primer contacto con la población en temas de salud por lo que deben ser quienes brinde información de calidad y profundidad de todos temas relacionados a diabetes mellitus.

La falta de recursos económicos es uno de los factores en las cómo instituciones de salud no pueden influir; sin embargo, la única alternativa es el aprovechamiento máximo de los recursos con que se cuentan para apoyar a los pacientes principalmente los que sean identificados en riesgo a quienes se les tiene que priorizar para evitar complicaciones en la salud.

El autocuidado no es un acto de egoísmo, sino una responsabilidad hacia uno mismo que, al ser atendida, permite a las personas enfrentar mejor las adversidades, mantener relaciones más saludables y contribuir de manera positiva a la comunidad. La falta de autocuidado, por otro lado, puede llevar a un deterioro del bienestar físico y mental, afectando la calidad de vida. (Terapify: psicólogos en línea, 2024)

VIII. CONCLUSIONES

Sobre las características epidemiológicas de los pacientes diabéticos que asisten a cita de control al centro de Salud, se evidencio que el grupo etario predominante es personas de más de 60 años que constituye el 38% y 26% comprenden las edades de 50 a 59 años, son pacientes adultos y adultos mayores. Hay que tener presente que son pacientes con experiencia, pero con más riesgo de manejar emociones de tristeza, ansiedad y sentimiento propio de esta etapa de la vida, hay considerar la integración de redes de apoyo con la familia para que participen en las actividades de autocuidado del paciente diabético. También hay que considerar que en el estudio la menor proporción de participantes son el sexo masculino por lo que hay que considerar involucrar a la población de pacientes masculinos afectada con la enfermedad y motivarlos a acudir a sus citas de control.

Los pacientes durante el estudio admiten 38% que olvida tomar su medicamento, lo cual es un indicador primordial de déficit, en el que se debe realimentar mediante plan educacional la importancia de la administración de los fármacos para prevenir complicaciones. Además, es necesario que los pacientes adquieran compromiso con su tratamiento médico pues se ha implementado la practica errónea de asistir al médico solo cuando tienen signos o síntomas de enfermedad y no llegan a su cita ordinaria, de acuerdo a las recomendaciones médicas las citas deberán ser programadas al menos cada 3 a 6 meses, no solo para atender las complicaciones sino para garantizar un buen tratamiento y progreso en la estabilidad del enfermo.

En cuanto a las actividades de autocuidado propiamente dicho hay que resaltar la deficiencia en la práctica de actividad física en donde 84% de participantes no la realiza ningún día de la semana la misma lo cual es factor

de riesgo aumentado para padecer enfermedades cardiovasculares, aumento de estrés, ansiedad y sobre todo que predispone a sobre peso y obesidad lo que es delicado para los pacientes diabéticos puesto que estas condiciones pueden favorecer la resistencia a la insulina, agregando que en su alimentación el 56% de los pacientes consume ocasionalmente bebidas altas en carbohidratos y el 30% lo hace frecuentemente. También el consumo de alimentos altos en grasa los consume a veces 68% y 22% frecuentemente; recalcando que en la caracterización el 40% de los pacientes padece hipertensión arterial siendo la comorbilidad más frecuente en diabéticos por lo tanto es necesario que los pacientes por medio de los servicios de salud puedan obtener la información necesaria y además un plan de alimentación y ejercicio basado en pacientes con la patología.

En conclusión los pacientes diabéticos que asisten a cita de control al centro de salud del municipio de Sibilia, la mayoría adultos y adultos mayores, predomina el sexo femenino, en cuanto a la ocupación predomina las amas de casa, agricultores y maestros, la comorbilidad que más predomina es la hipertensión arterial, el 50% toma su medicamento diariamente, pero el otro 50% olvida tomarlo a veces o lo suspenden cuando se sienten bien o mal, consumen entre 1 y 4 vasos de agua lo cual está dentro lo normal; sin embargo se aconseja aumentar hasta los 8 vasos, equivalente a 2 litros por día que es la recomendación nutricional, la mayoría no practica actividad física por lo que se recomienda crear planes de ejercicio y motivarlos a realizarlos, los pacientes admiten tener inconvenientes para cumplir con su tratamiento y dieta correspondiente, dentro de las causas resalta la falta de responsabilidad personal, lo cual puede ser intervenido en los servicios de salud creando consciencia y evaluando constantemente la adherencia a los planes de autocuidado por medio de indicadores preestablecidos por la institución.

IX. RECOMENDACIONES

El personal del centro de salud del municipio de Sibilia, deberá fortalecer las prácticas de autocuidado y los conocimientos de la enfermedad, dentro de ellos la fisiopatología y la relación de esta con la administración de los fármacos diariamente, además motivarlos a desarrollar adherencia a los planes terapéuticos, tanto farmacológicos como la integración de un nuevo estilo vida sobre todo a los pacientes que no acuden al servicio incentivarlos a participar en actividades de promoción y autocuidado contextualizando cada una de sus características sociales, culturales y etarias.

A las autoridades del servicio de se les motiva a crear clubes para Diabéticos descentralizados en la sectores o puestos de salud de las áreas rurales, en donde los pacientes puedan sentirse cercanos al personal y a otros enfermos y puedan compartir experiencias, además sus factores de riesgo incluyendo los inconvenientes para que juntos puedan gestionar las debilidades y fortalecer su compromiso con el autocuidado, se sugiere gestionar con autoridades municipales o empresas de distinto índole para que participen activamente en colaboración para las personas que no cuentan con los recursos esenciales para aplicar el autocuidado relacionado con la enfermedad.

Se recomienda que posteriormente a crear grupos de diabéticos se les pueda orientar sobre la dieta, alimentos y cantidades de los mismos que deben consumir durante para cubrir las demandas del cuerpo de una manera equilibrada para evitar desordenes alimenticios que puedan llevar al paciente a complicaciones en su tratamiento. Al mismo tiempo hacer hincapié de fortalecer el conocimiento de la alimentación y nutrición equilibra en los pacientes diabéticos en cada una de sus consultas o citas de control al centro de salud.

Dar a conocer a las autoridades del Centro de salud, personal médico y de enfermería, pacientes y a la población en general los resultados de la investigación. Para que sirva como base teórica para orientar, educar y promocionar el autocuidado no solo del paciente diabético sino integrar a la familia, vecinos y amigos como red de apoyo para el paciente.

X. Bibliografía

1. Acuña Ríos, J. (2019). docplayer.es. Obtenido de Reseña Historica del municipio de Sibilia: <https://docplayer.es/77282577-Resena-historica-del-municipio-de-sibilia.html>
2. Arena, M., Jasso, J., & Campos, R. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/262112736_Autocuidado_elementos_para_sus_bases_conceptuales
3. Aristizabal, F. (28 de mayo de 2015). Psicología y Mente. Obtenido de Diabetes y salud mental: cuidando de los diabéticos desde la Psicología: <https://psicologiaymente.com/salud/diabetes-y-salud-mental>
4. Asociación Americana de Diabetes. (2023). Estándares de atención en diabetes: Guía 2023 para atención primaria. Obtenido de <https://kwfoundation.org/blog/2023/03/14/estandares-de-atencion-en-diabetes-nueva-guia-2023-de-la-ada/>
5. Asociación latinoamericana de Diabetes. (2019). Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia edición 2019. Permanyer, 1-5.
6. Asociación Panamericana de la Salud. (s.f.). Guía de Alimentación para Diabéticos. Obtenido de <https://www3.paho.org/hon/dmdocuments/Gu%C3%ADa%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20para%20Diab%C3%A9ticos.pdf>
7. Avila, A., & Camala, M. (2022). Autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la situación de emergencia frente a la covid 19. Lima.
8. Benavides, J. (2013). Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado de adultos con

síndrome coronario agudo hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá 2012. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

9. Brutsaert, E. F. (noviembre de 2023). Manual MSD. Obtenido de Complicaciones de la diabetes mellitus: <https://www.msdmanuals.com>
10. Burgos Medianero, M. I. (2019). Prácticas de Autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II Centro de salud Reque. Chiclayo.
11. Cecelia Health. (19 de julio de 2019). 8 Especialistas que tratan la diabetes. Obtenido de <https://www.ceceliahealth.com/spanish/8-especialistas-que-tratan-la-diabetes/>
12. Centro para el control y prevención de enfermedades. (15 de mayo de 2023). CDC. Obtenido de La diabetes y la salud mental: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/living/mental-health.html>
13. Chay, F. (2016). Factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus. Centro de salud, zunil, Quetzaltenango, Guatemala. Enero, julio . Quetzaltenango.
14. Cruz Heras, M. F. (2021). Nivel de Autocuidado en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Xóchimilco.
15. De León Pac, M. (2020). CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ELQUICHÉ, QUICHÉ, GUATEMALA 2020. Guatemala.
16. Diabeloop. (10 de octubre de 2022). DBL-DIABETES. Obtenido de Diabetes y salud mental: el impacto psicológico de la diabetes tipo 1: <https://www.dbl-diabetes.es/todo-sobre-la-diabetes/aspectos-basicos-de-la-diabetes/diabetes-y-salud-mental>

17. Dickson, V., Lee, C., & Riegel, B. (2011). ¿Cómo afectan la función cognitiva y el conocimiento al autocuidado de la insuficiencia cardíaca? *Revista de Investigación de Métodos Mixtos*, 167–189. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/record/2011-09989-005>
18. Dorante, A., & Martínez, C. (2016). *Endocrinología clínica de Dorantes y Martínez*. Obtenido de <https://pdfcoffee.com/endocrinologia-clinica-4a-ed-booksmedicos-pdf-free.html>
19. Enfermeriafamiliarcomunitaria. (14 de julio de 2023). ¿Qué es la teoría de Dorothea Orem? Obtenido de <https://enfermeriafamiliarcomunitaria.es/que-es-la-teoria-de-dorothea-orem/>
20. Fundasil. (s.f.). *Manual de Autocuidado*. Obtenido de Unicef.org: <https://www.unicef.org/elsalvador/media/5036/file/Manual%20de%20Autocuidado.pdf>
21. García de Alba-García, J. E., & al., e. (2017). *Consideraciones sobre el saber médico Heredado en México del siglo XIX: el caso de la diabetes mellitus*. Guadalajara.
22. García Martínez, G. V., & Huaman Mattos, S. X. (2021). *Nivel de Autocuidado en Pacientes con Diabetes Mellitus II en el centro de Salud su Santidad Juan Pablo II 2021*. Lima.
23. Gobierno de México. (s.f.). *Cómo Prevenir las infecciones del Tracto Urinario*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/articulos/como-prevenir-las-infecciones-del-tracto-urinario#:~:text=Para%20disminuir%20el%20riesgo%20de,mujeres%20que%20en%20los%20hombres>.
24. Grady, P., & Lucio, L. (diciembre de 2018). *El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención*. Obtenido de PubMed Central: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6291764/>

25. Grajeda, C. (14 de Mayo de 2020). Municipio de Sibilia en Quetzaltenango. Obtenido de Guatemala.com: <https://aprende.guatemala.com/historia/geografia/municipio-sibilia-quetzaltenango/>
26. Ixcayá Ixcayá, J. (2020). Acciones de Autocuidado que practican los pacientes diabéticos de la clínica Chuitinamit, San Pablo La Laguna, Sololá. Guatemala.
27. Milenio, D. (7 de abril de 2022). Milenio. Obtenido de Salud que es el autocuidado cuales son tecnicas por que importante: <https://www.milenio.com>
28. Millán Rojas, E. E., Aguirre Contreras, R. E., & Recinos Martínez, C. (2012). Bases Medicas de la Diabetes Mellitus. Guatemala.
29. Ministerio de Salud y Asistencia Social. (2020). Diseño de Web SIGSA. Obtenido de Establecimientos: <https://establecimientosdesalud.mspas.gob.gt/establecimientos/listado-de-establecimientos/centro-de-salud/centro-de-salud-cs-sibilia.html>
30. Naranjo, I. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Revista Archivo Médico de Camagüey, 814-825.
31. Organización Panamericana de la Salud / Panamá. (2009). Guía Integral para la Atención de las personas con diabetes mellitus. Panamá.
32. Organización Panamericana de la Salud. (2022). Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586739/>
33. Pinheiro, P. (14 de Agosto de 2023). MD.SAÚDE. Obtenido de DIABETES MELLITUS: QUÉ ES, CAUSAS Y TIPOS: <https://www.mdsaude.com/es/endocrinologia-es/que-es-la-diabetes/>

34. Pinzón Reyes, G. M. (2019). Autocuidado del paciente diabético tipo 2 en el Club Amigos Dulces de la Ciudad de Loja. Ecuador.
35. Pousa Reis, M. Á. (2017). Nivel de Conocimiento de Autocuidado en el Paciente Diabético tipo 2 de la UMF No. 8 de Aguascalientes. Aguascalientes.
36. Reyes Guillén, F. I. (2022). El control de la diabetes y su impacto en la Economía familiar: percepciones de personas diagnosticadas con este padecimiento. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-control-de-la-diabetes-y-su-impacto-en-la-economia-familiar/>
37. Simmons Montes, M. d. (2018). La diabetes mellitus tipo 2 en la zona 1 de la ciudad de Guatemala, conocimiento de su enfermedad medicamentos para tratamiento y reducción de riesgos. Guatemala.
38. Solórzano Tuna, M. d. (2020). CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADO EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL DE GUAZACAPÁN, SANTA ROSA, GUATEMALA, DURANTE EL PERÍODO DE JULIO A DICIEMBRE. Guatemala.
39. Telehealth.HHS.Gov. (27 de agosto de 2021). Citas para el cuidado de la diabetes. Obtenido de <https://telehealth.hhs.gov/es/proveedores/guias-de-mejores-practicas/telesalud-basada-en-la-escuela/citas-para-el-cuidado-de-la-diabetes>
40. Terapify: psicólogos en línea. (19 de marzo de 2024). Autocuidado: qué es y por qué es tan importante. Obtenido de <https://www.terapify.com/blog/autocuidado-que-es-importancia>

XI. ANEXOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA

Oficio 2277- 2024 / FECCS/Decanatura-UDV
Guatemala, 04 de septiembre de 2024

Dra. Nancy Mireya Vélez Markus

Coordinadora de Distrito de Salud del municipio de Sibilia

Muy atentamente me dirijo a usted con el mejor de los deseos, como también solicitando su apoyo para que el alumno:

Rohel Aldeir Ruiz Carrillo, CIF 202404546 de esta institución pueda realizar su estudio de campo de la investigación **"AUTOCUIDADO QUE APLICAN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES QUE ASISTEN A CONTROL AL CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SIBILIA"**. Lo cual solicitamos se haga en su institución por lo cual adjunto el protocolo y esta solicitud formal a fin que el estudiante pueda recolectar datos para la investigación llevando los principios éticos de privacidad y beneficencia.

Atentamente me suscribo.


Licda. Antonia Catalina Girón Conde
Coordinadora de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
UNIVERSIDAD DA VINCI DE GUATEMALA



COORDINADORA MUNICIPAL DE SALUD
DISTRITO DE SIBILIA, QUETZALTENANGO
UNIVERSIDAD DA VINCI DE GUATEMALA

28/6-24



Universidad Da Vinci de Guatemala
3ra Avenida 1-44 zona 13, Pamplona
Tfs: 2314 0250, 2314 0247.
www.udv.edu.gt



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio autorizo a el estudiante de la licenciatura de Enfermería de la Universidad Da Vinci de Quetzaltenango, recolecten información que proporcionare para la elaboración del estudio titulado: **“AUTOCUIDADO QUE APLICAN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES QUE ASISTEN A CONTROL AL CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SIBILIA”** Habiéndome indicado que los datos serán utilizados confidencialmente y con propósitos propios de la investigación.

Por lo anterior acepto voluntariamente a participar en el estudio.

Firma o huella digital del paciente

Sibilia_____ de _____ 2024

El estudiante de la licenciatura en Enfermería de la Universidad Da Vinci, desea evaluar el autocuidado que realizan los pacientes con diagnóstico de diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia.

CUESTIONARIO

Instrucciones: A continuación, encontrara una serie de preguntas relacionada al autocuidado que aplican los pacientes con diagnóstico de diabetes que asisten a control al centro de salud del municipio de Sibilia, la información será utilizada con fines académicos.

Marque con una X la respuesta que considere

Datos Generales:

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Área donde vive: Rural _____ Urbana _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____

¿Padece otra enfermedad conjunta a la diabetes mellitus? _____

Tiempo que ha transcurrido desde que le detectaron la enfermedad: _____

1. Toma sus medicamentos recetados por el médico

Toma el medicamento diario _____ Olvida tomarlo a veces _____

Lo suspende cuando se siente bien o mal _____

2. Qué especialistas médicos y otros especialistas de la salud visita para control relacionado con la enfermedad (marque los aspectos que considere)

Nutricionista _____ Neurólogo _____ oftalmólogo _____ odontólogo _____

3. Con que frecuencia asiste a su cita de control con el medico

Cada mes _____ cada 6 meses _____ cada año _____ Solo al sentirse mal _____

4. Con que frecuencia se realiza el examen de glucosa

Diario _____ 1 vez a la semana _____ Cada mes _____ solo cuando va al medico _____

5. Con que frecuencia ingiere alimentos altos en grasa

Siempre _____ Frecuentemente _____ A veces _____ Nunca _____

6. Cuantas porciones o unidades de fruta y verduras consumen al día

1 a 2 porciones _____ 3 a 4 porciones _____ más de 5 _____ No consume _____

7. Con que frecuencia consume bebidas azucaradas o altas en carbohidratos

Siempre _____ Frecuentemente _____ A veces _____ Nunca _____

8. Cuanta vasos de agua consume al día

1 a 2 vasos _____ 3 a 4 vasos _____ 5 a 7 vasos _____ 8 o más vasos _____

9. Cuantos días a la semana realiza actividad física (específicamente ejercicio exceptuando que haceres de la casa o actividad del trabajo):

1 a 2 días _____ 3 a 4 días _____ 5 a 6 días _____ 7 días _____ Ningún día _____

10. Cuanto tiempo ocupa al día para practicar actividad Física

30 minutos _____ 1 hora _____ más de 2 horas _____ No realiza _____

11. Con que frecuencia revisa sus pies en busca de lesiones o infecciones

Siempre _____ Frecuentemente _____ A veces _____ Nunca _____

12. Con que frecuencia se ha sentido triste, desesperado al pensar en su enfermedad

Siempre _____ Frecuentemente _____ A veces _____ Nunca _____

13. Su familia lo apoya y está pendiente de los cuidados y tratamiento para la enfermedad

Siempre _____ Frecuentemente _____ A veces _____ Nunca _____

14. Quien cubre los recursos económicos para su tratamiento y cuidados con relación a la enfermedad.

Esposo/a _____ Hijos _____ Propio _____

15. Se le ha presentado algún inconveniente para cumplir con el tratamiento y dieta respectiva de acuerdo a la enfermedad

Si _____ No _____

¿Cuáles?

Falta de recursos económicos _____ Falta de conocimiento _____

Falta de apoyo familiar _____ Falta de Responsabilidad personal _____