



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL
CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA LOCALIDAD DE
ALLENDE”**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

ANGEL ANTONIO ESCAMILLA GALEANA

ASESOR DE TESIS:

L. E. ADELA MARTINEZ PERRY

COATZACOALCOS, VERACRUZ

ABRIL 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

- A mis padres, por todo el apoyo, esfuerzo y sacrificio que hicieron por mí a lo largo de toda mi carrera universitaria ya que ha sido un largo camino, sin importar ningún obstáculo siempre estuvieron para mí.
- A mi hermano; ya que estuvo brindándome su apoyo en todo momento sin importar nada.
- A mi familia; por el apoyo que siempre me brindaron desde el inicio hasta el final de mi carrera.
- A mis amigos, por brindarme su amistad y apoyo incondicional a lo largo de todo este camino.

AGRADECIMIENTOS

- A la universidad de sotavento, por brindarme todo el conocimiento necesario para lograr mi formación académica.
- A la maestra Adela Martínez Perry; por brindarme todo su apoyo desde el inicio hasta el final de la carrera universitaria y por el apoyo en la realización de mi trabajo de investigación.
- Al centro de salud con hospitalización de la localidad de allende y de su personal quienes me permitieron y me dieron todo el apoyo para realizar mi trabajo de investigación.

CONTENIDO

Introducción	5
Marco teórico	7
Marco legal	14
Aspectos éticos.....	16
Planteamiento del problema	17
Pregunta de investigación	19
Justificación.....	20
1.Objetivos:	
1.2Objetivo general	21
1.2Objetivos específicos	21
2 Hipótesis:	
2.1. Hipótesis alterna	22
2.2. Hipótesis nula	22
Material y métodos	23
Instrumento de la recolección de datos	24
Variables de estudio	25
Evaluación de pacientes	26
Variables de encuesta por pacientes	27
Resultados	29
Resultados del instrumento.....	31
Conclusión	33
Recomendaciones	34
Referencias	36

Introducción.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica que representa una de las principales causas de morbilidad, mortalidad e invalidez. En México, la DM2 es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos para la hospitalización, causan el 60% de las muertes a nivel mundial y alrededor del 47% de los gastos en salud.

La teoría de déficit de autocuidado de Dorotea Orem tiene tres subteorías relacionadas entre sí, cuyo objetivo principal es que el agente de autocuidado lleve a cabo y mantenga acciones para conservar la salud y la vida.

La falta de autocuidado en los pacientes con DM2 es un factor relevante, pues se estima que el 50% de ellos iniciará con albuminuria persistente, el signo más precoz de la enfermedad renal diabética, la educación que es aplicada a una enfermedad crónica como la diabetes, facilita a la persona y su familia el aprendizaje de habilidades y conocimientos necesarios para asumir una actitud positiva frente a su enfermedad, asumen acciones de autocuidado, así como el apoyo necesario para que puedan formar parte activa del tratamiento. Una de las principales causantes del incremento de la prevalencia de pacientes respecto al mal control glucémico, es el incumplimiento de la terapéutica.

Según la Organización Mundial de la Salud la diabetes de tipo 2, representa el 90% de los casos mundiales, reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente para llevar a cabo su tratamiento, control y prevención de complicaciones.

La Asociación Americana de Diabetes ha planteado al autocuidado como parte del manejo inicial y del seguimiento en pacientes con DM, y ha sido incorporado en las guías de práctica clínica, debido a su eficacia, mejoría de sobrevida, disminución de complicaciones y cumplimiento de las metas terapéuticas.

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar la asociación entre el nivel conocimientos y autocuidados sobre DM2, así como también el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes, se ha observado que pacientes con

enfermedades crónico degenerativas tienen un bajo nivel de conocimiento sobre el autocuidado.

Las estrategias educativas sobre autocuidado al paciente, hace generador de su propio aprendizaje, logrando un efecto en la toma de decisiones sobre sus hábitos, estilos de vida saludable, como resultado teniendo un buen control de la enfermedad, como quedó de manifiesto en esta investigación.

Marco teórico.

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. (1)

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado: Requisitos de autocuidado universal. Requisitos de autocuidado del desarrollo. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud. Estas necesidades se encuentran presente a lo largo de nuestra vida y van desde las necesidades fisiológicas básicas hasta la autorrealización y para su equilibrio nace el autocuidado. (2)

El origen del Autocuidado se enmarca en el ámbito de la salud pública, específicamente en el campo de la enfermería, donde se destaca la autora clásica en el tema, Dorothea Elizabeth Orem. Dicha autora elaboró un marco conceptual del cuidar que toma como constructo central el término autocuidado. (3)

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería. El déficit de autocuidado puede reflejar la necesidad de profundizar en el nivel de conocimientos hacia prácticas para el autocontrol de la enfermedad, a partir del sistema de apoyo educativo, como parte central de las responsabilidades del profesional de enfermería. (4)

El entorno representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de las personas para poder comprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos. (5)

La calidad de vida es compleja e integrador, abarca varias dimensiones como lo son la salud física, condiciones ambientales, de vivienda, satisfacción de estudio y/o trabajo, situación económica; inicialmente. Para la definición de calidad de vida se le atribuían medidas objetivas para lograr una explicación del término o variable de manera individual. (6)

Los indicadores tienen como objetivos que la calidad de vida es fundamental en el nivel socio-económico y salud. Es decir, todos aquellos que puedes medir

con facilidad. En la actualidad es motivo de investigación el identificar en las personas la capacidad que tienen para satisfacer sus necesidades básicas y cumplir con un autocuidado adecuado, conservar elevados los niveles de autoestima y autoconcepto, a lo que se denomina capacidad de agencia de autocuidado. (7) Por consiguiente, el autocuidado es considerado uno de los fundamentales componentes para la adherencia al tratamiento, para lo cual la persona con DM2 debe adquirir conocimiento y habilidades para desarrollar los comportamientos de autocuidado que son esenciales para el tratamiento, y así lograr un control glucémico, reduciendo las morbilidades asociadas a las complicaciones de DM2. (8)

La calidad de vida alta es aquella en la que los individuos de un país consiguen índices elevados de bienestar, satisfacción y felicidad debido a las buenas condiciones, tanto sociales como naturales, de la región. (8) Calidad de vida regular cuando la persona manifiesta sentir regular satisfacción con el tiempo que le toma hacer sus controles, conocimiento, medio social, actividades laborales y tiempo libre. (9)

Calidad de vida baja cuando la persona manifiesta sentir insatisfacción con el tiempo que le toma hacer sus controles, conocimiento, medio social, actividades laborales y tiempo libre. (10)

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por la glucosa en sangre elevada (hiperglucemia). Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina. (11) Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos. (12)

Estudios epidemiológicos han demostrado que la resistencia a la insulina y las alteraciones metabólicas asociadas como, la dislipidemia, hipertensión, obesidad y la hipercoagulabilidad influyen en la prematuridad y severidad de la aterosclerosis que desarrollan los pacientes con diabetes mellitus. Las afecciones de diabetes crónica comprenden diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2. Las afecciones de diabetes potencialmente reversibles incluyen prediabetes y diabetes gestacional. La prediabetes ocurre cuando tus niveles de glucosa en la sangre son más elevados de lo normal. (13)

Hay tres tipos principales de diabetes: tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional. La diabetes tipo 2 es la más común, y representa aproximadamente del 85% a 90% de todos los casos. Se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física, y las dietas con alto contenido calórico de bajo valor nutricional. (14)

La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta. Ello supone también un incremento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad. Los pacientes presentan deficiente conocimiento sobre diabetes y sus cuidados, recomienda la implementación de nuevas técnicas en educación en salud considerando en nivel de educación de la población en estudio, para así lograr los objetivos en su autocuidado. (15)

Como ayuda esencial en las evaluaciones de resultados en salud, al haberse tornado insuficientes las medidas tradicionales de morbimortalidad y expectativa de vida. Se recalca que hay una jerarquía para usar los datos del paciente, todos los sentimientos para mejorar la salud, así como en la valoración de la calidad de la ayuda sanitaria. (15)

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como una percepción individual de uno acerca de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive y en relación con sus metas, sus perspectivas, sus normas y preocupaciones. (16)

La Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida (CV) de las personas, dado a que el tipo de tratamiento al que se someten es de por vida, además de las complicaciones que genera. (17)

Se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en la sangre y que tiene un impacto biopsicosocial importante, por lo que el tratamiento correcto va más allá del control glucémico. El Ministerio de Salud de la Nación, define a la diabetes mellitus como un desorden metabólico crónico, de curso progresivo, caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, resultante de la disminución de la secreción y/o acción de la insulina. (18)

El desarrollo de la DM2 se relaciona con los estilos de vida, el sexo, la raza, la falta de adherencia al tratamiento y la historia familiar de la propia enfermedad, la personas con antecedentes de DM2 presentan un 40% a 70% más riesgo de

desarrollar esta enfermedad en comparación con aquellos sin antecedentes. Es la causante de generar altos para su atención, comparado con aquellas personas que no la padecen, se calcula que los costos son de dos a tres veces mayor. (19)

Es de suma importancia que en la DM2 los pacientes realicen autocuidado como una práctica en la que se desarrollan acciones en su propio beneficio en el mantenimiento de la vida, salud y bienestar, con el interés de poder mantenerse en funcionamiento, vivo y sano para así continuar con el desarrollo personal y del bienestar. (20)

La presencia del profesional de enfermería es particularmente importante. Así, para una actuación efectiva el profesional necesita conocer las variables relacionadas al autocuidado, es papel de enfermería es, entonces, desarrollar el conocimiento necesario para ayudar a los individuos y las familias a iniciar y mantener conductas que lleven a reducir los riesgos de enfermar o de sufrir complicaciones que tengan enormes implicaciones individuales y sociales en las personas y sus familias y que se traducen en costos imposibles de satisfacer para toda la sociedad. (21)

La atención que impacta en los tres niveles de prevención: primaria, donde el objetivo es anticiparse al inicio de la enfermedad mediante acciones que se toman antes de la manifestación de signos y síntomas; secundaria, está dirigida a los portadores de intolerancia a la glucosa y a los pacientes diabéticos ya diagnosticados; terciaria, que está enfocado a los sujetos con complicaciones crónicas, para detener o retardar su progresión. (22)

En la fisiopatología de la DM2 se conjugan varios defectos para determinar finalmente la hiperglicemia. El primero de ellos es la insulinoresistencia a nivel de hígado, músculo liso y tejido adiposo; se habla de resistencia periférica a la insulina a la que se produce en el músculo estriado, donde disminuye la captación y metabolismo de la glucosa; y de resistencia central a la insulina a la que se desarrolla en el hígado, donde aumenta la producción de glucosa determinando la hiperglicemia de ayuno. (23)

La etapa inicial de la DM tipo 2 acostumbra a ser asintomática y puede pasar inadvertida durante varios años antes de ser diagnosticada. Los síntomas iniciales son la polidipsia, la poliuria, la polifagia, la pérdida de peso, hambre

extrema, pero al mismo tiempo pérdida de peso, visión borrosa, náusea y vómito, cansancio y debilidad extremos, piel reseca. (24)

Los factores de riesgo asociados con la DM2 incluyen los siguientes; historia familiar de DM2, edad, Obesidad, Dislipidemia, Sedentarismo, Síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) manifestados por irregularidades menstruales y/o exceso de vello, hirsutismo. (25)

En la intolerancia a la glucosa se considera un estado prediabético en la diabetes. Sin embargo, muchas personas con intolerancia a la glucosa desarrollan la diabetes tipo 2 en menos de 10 años. (26)

Por lo general, la diabetes tipo 2 se diagnostica mediante la prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c). Esta prueba de sangre indica tu nivel promedio de glucosa en la sangre en los últimos dos o tres meses. (27) Aunque otras veces podemos sospechar su existencia: por presencia de síntomas diabéticos: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, por aparición de cuadros metabólicos agudos: hiperglucemia hiperosmolar no cetósica, por la presencia de enfermedades que acompañan a la diabetes: obesidad, hipertensión, dislipemia. (28)

La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima, con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema, como los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente. (29)

El tratamiento de la diabetes requiere de la participación activa del paciente, que debe aprender habilidades con mayor o menor grado de complejidad, por lo cual resulta razonable suponer que el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas favorecerán u obstaculizarán la adhesión al tratamiento que, por lo general, exige cambiar hábitos y rutinas ya establecidas, como por ejemplo en la alimentación y los ejercicios. Tratamiento no farmacológico, la educación es esencial para controlar la enfermedad y disminuir las complicaciones modifican estilo de vida, donde se involucra el equipo de salud y su red de apoyo, mejoran el control de peso, ayudan a dejar el hábito erróneo y a aceptar la enfermedad. (30)

El tratamiento de la DM-2 se iniciará con medicamentos orales de primera línea como son la metformina o glibenclamida, la terapia inicial recomendada en monoterapia, si no está contraindicada y es bien tolerada. Es importante educar a la persona sobre el reconocimiento de signos de alarma y reacciones adversas, para que en caso de presentarlas. (31)

Este panorama es más desalentador en las comunidades rurales. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública, el 12% de las personas con diabetes no reciben ningún tipo de tratamiento y, lamentablemente, el 46.4% de las personas con DM2 no lleva a cabo medidas preventivas para evitar o retrasar las complicaciones de la enfermedad. (32)

Si el automanejo en los pacientes diabéticos es inadecuado, podría presentarse complicaciones, además de aumentar los gastos económicos, también existirían problemas relacionados con el deterioro de la visión, deficiente circulación sanguínea de los pies, piernas, además de daños cardiovasculares y disminución de la función renal. Las complicaciones agudas pueden ser 2 tipos; Hipoglucemia constituye la complicación más frecuentemente asociada al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus. Cualquier persona en tratamiento con antidiabéticos orales o insulina puede sufrirla. Hiperglucemia en la diabetes mellitus, la hiperglucemia que causa complicaciones metabólicas agudas es resultante del déficit absoluto o relativo de insulina. (33)

Las complicaciones crónicas de la DM2 incluyen el progresivo desarrollo de retinopatía, con potencial ceguera, nefropatía que puede llevar al fallo renal; neuropatía periférica con riesgo de úlceras plantares, amputación o pie de Charcot; determinadas infecciones; alteraciones odontológicas, neuropatía autonómica. (34)

La DM2 comprende el 90% de las personas con diabetes en todo el mundo, y es en gran parte el resultado del exceso de peso y la inactividad física. (35) Es imperativo tomar medidas en la mejora de la atención de los pacientes, crear ambientes saludables y cambios sociales que los lleven a tener una mejor calidad de vida. (36)

Los datos estadísticos de la Federación Internacional de Diabetes estiman que existe una alta prevalencia de 382 millones de adultos con esta enfermedad a

nivel mundial, siendo que el número de personas con diabetes en el año 2035 será de aproximadamente 592 millones de individuos. (37)

Una de las funciones esenciales que han sido identificadas como críticas para la práctica de la salud pública, es la garantía de calidad de los servicios de salud. Dentro de los elementos básicos que permiten medir su alcance, está la utilización de la evaluación de las intervenciones de salud con el mayor nivel de rigor científico. (38)

Existen diversos factores relacionados con la DM2 que afecten la calidad de vida de los individuos que la padecen. Estos factores pueden comenzar con el impacto que tiene el diagnóstico en el individuo, es decir, las demandas que presenta el tratamiento pueden colocar al paciente o a sus familiares ante situaciones que causan la aparición de reacciones emocionales negativas. (39)

Marco legal.

Leyes y normas de protección al diabético

ARTICULO 1º.- el ministerio de salud y acción social dispondrá a través de las áreas pertinentes el dictado de las medidas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, de acuerdo a los conocimientos científicamente aceptados, tendientes al reconocimiento temprano de la misma, su tratamiento y adecuado control.

Llevará su control estadístico, prestará colaboración científica y técnica a las autoridades sanitarias de todo el país a fin de coordinar la planificación de acciones; y deberá abocarse específicamente a los problemas de producción, provisión y dispensación para asegurar a todos los pacientes los medios terapéuticos y de control evolutivo, de acuerdo a la reglamentación que se dicte.

Artículo 2º.- la diabetes no será causal de impedimento para el ingreso laboral, tanto en el ámbito público, como en el privado.

Artículo 3º el ministerio de salud y acción social dispondrá la constitución de juntas médicas especializadas para determinar las circunstancias de incapacidad. Específica que puedan presentarse para el ingreso laboral, así como para determinar incapacidades parciales o totales, transitorias o definitivas, que encuadren al diabético en las leyes previsionales vigentes y en las que con carácter especial, promueve el ministerio de trabajo y seguridad social, de acuerdo a la reglamentación.

ARTICULO 4º en toda controversia judicial o administrativa en la cual el carácter de diabético sea invocado para negar, modificar o extinguir derechos del trabajador, será imprescindible el dictamen del área respectiva del ministerio de salud y acción social por intermedio de las juntas médicas especializadas del artículo 3º de la presente ley.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018

Para la Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus:

Las metas básicas del tratamiento incluyen el alcanzar cifras adecuadas de glucosa pre y postprandial, colesterol total, colesterol de baja y alta densidad, triglicéridos, presión arterial (PA), Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia abdominal, y proteinuria. A lo anterior de una la suspensión del consumo de tabaco y alcohol, la búsqueda sistemática de lesiones y puntos de apoyo anormales en los pies, además de la revisión oftalmológica y odontológica anual. Estas medidas serán objetivo de vigilancia médica de manera periódica. Su cumplimiento sirve como indicadores de calidad de la atención.

Aspectos éticos:

Los aspectos éticos usados en el desarrollo del trabajo de investigación fueron: principios de participación voluntaria, este principio fundamental, consiste en que el sujeto integrante de la muestra de estudio, participe voluntariamente en la investigación, sin ser obligación alguna.

Principios de confidencialidad: este principio se refiere a la garantía de que la información personal será protegida durante toda la investigación. En el presente estudio, las encuestas son anónimas para preservar la identidad del paciente. La cual se asignó un código al momento del procesamiento estadístico.

Principio de beneficencia: este principio esta referido hacer el bien, esto requiere decir que la investigación debe estar dirigida a beneficiar y hacer el bien en la muestra de estudio, en cada sujeto que participe en la investigación.

Consentimiento informado: se respetó el anonimato de los sujetos muestrales asignándoles un código al momento del procesamiento estadístico.

El estudio no afecta la integridad física del ser humano, tiene carácter no obligatorio para los participantes, no se afectan susceptiblemente, cumple con los tres principios éticos. El principio del respeto a las personas, donde se trate como individuos y se obtenga el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación; el principio de beneficencia que exige que el protocolo diseñado proporcione conocimientos validos que aseguren que los beneficios de la investigación, sean proporcionales a los riesgos corridos por los participantes; el principio de justicia, que exige que los beneficios y las cargas de investigación se distribuyen equitativamente con l finalidad de beneficiar a la sociedad en conjunto.

Planteamiento del problema.

La Diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) originada por múltiples causas, cuyo diagnóstico muchas veces es bioquímico y en ocasiones comienza con una de sus complicaciones, representa un grave problema de salud pública y su prevalencia continua en aumento.

Todas las enfermedades crónicas generan un deterioro progresivo y múltiples problemas asociados incluida la calidad de vida, muerte prematura, efectos económicos negativos para quien la padece, su familia y la sociedad en general; sin embargo, algunas de ellas representan mayores implicaciones; según la Organización Mundial de la Salud, la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) ocupa el tercer lugar de enfermedades más importantes en salud pública en el mundo.

Es evidente que a nivel mundial la incidencia y prevalencia de la Diabetes Mellitus impacta por su morbimortalidad, los estudios económicos han demostrado que el mayor gasto de atención a la persona con diabetes se debe a las hospitalizaciones y que ese gasto se duplica cuando el paciente tiene una complicación de tipo micro o macro vascular llegando a ser cinco veces más alta cuando tiene ambas.

En 2020, 151 019 personas fallecieron a causa de la diabetes mellitus, lo cual equivale a 14% del total de defunciones (1 086 743) ocurridas en el país; 78 922 defunciones en hombres (52%) y 72 094 en mujeres (48%). La tasa de mortalidad por diabetes para 2020 es de 11.95 personas por cada 10 mil habitantes, la cifra más alta en los últimos 10 años.

En 2020, con motivo de la celebración del Día Mundial de la Diabetes, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatizó la importancia de implementar estrategias para prevenir, dar seguimiento y controlar esta enfermedad en el marco de la emergencia sanitaria por COVID 19, que ha supuesto desafíos tanto al sistema de salud como a quienes la padecen.

La proporción es mayor en la población urbana (10.9 por ciento) que en la rural (7.2 por ciento) y se conoce que a escala global una de cada dos personas no sabe que la padece. La mortalidad reportada en el mundo en 2019 fue de 4.2 millones de personas y el gasto estimado de 760.3 mil millones de dólares, el cual aumentará a 845 mil millones de dólares para 2045

A nivel mundial la FID estima que en 2019 había 463 millones de personas con diabetes y que esta cifra puede aumentar a 578 millones para 2030 y a 700 millones en 2045. En México, de acuerdo con los datos de mortalidad para 2020, se reportaron 1 086 743 fallecimientos, de los cuales 14% (151 019) correspondieron a defunciones por diabetes mellitus. De estas, 52% (78 922) ocurrieron en hombres y 48% (72 094) en mujeres.

Las defunciones por diabetes, registradas en 2020, se distribuyen en todos los grupos de edad, aunque se presenta un incremento conforme avanza la edad, afectando en mayor medida a las personas de 65 años y más.

En la mayoría de los grupos de edad se observan más defunciones en hombres que en mujeres.

Según la OMS la adherencia al tratamiento la define como: La medida en que el comportamiento de una persona: tomar medicamentos, seguir una dieta, y / o ejecutar cambios de estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un proveedor de atención médica. Se sabe que el 63 % de los pacientes con diabetes tipo 2 no cumple con la sugerencia terapéutica. Las que más cumplen el tratamiento son las mujeres con un 73%.

La importancia de la diabetes y familias se vino revalorando esto demuestra que en los años 2018 y 2019 el tema principal por el día mundial de la diabetes fue “Familia y Diabetes”. Promoviendo el acceso equitativo y asequible para todas las familias a tecnologías, medicamentos, cuidados esenciales para la diabetes y lograr adecuados resultados con la enfermedad.

La Diabetes mellitus tipo 2 es diagnosticada tardíamente, esto se debe a que un

30 a 50% de la población desconoce de su problema hasta por meses o años y en

las zonas rurales esto ocurre en un 100%, algunos ya son diagnosticados al presentar alguna complicación.

Pregunta de investigación.

¿Cuáles son los conocimientos sobre el autocuidado de los pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la consulta del CSH de la localidad de allende?

Justificación.

La importancia de realizar este trabajo radica conocer a las personas con DM2 de cómo viven con una enfermedad incurable que adquieren no solo la terapia con medicamentos y el control de la glucosa en sangre, sino también de un estilo saludable, cambios exigentes en los patrones culturales y los motivos por los que se efectúa esta investigación es porque la diabetes es considerada una de las enfermedades con un alto índice de prevalencia. A pesar de que las redes de servicios en salud han extendido su cobertura, sobre todo en información sobre este tipo de enfermedades degenerativas, el desconocimiento de la misma representa para los usuarios ser diagnosticados tardíamente y presentar múltiples complicaciones por el incumplimiento de un plan terapéutico especializado. Esta situación puede tener un profundo impacto psicológico en las personas afectadas y aumentar su percepción de una mala calidad de vida.

La DM2 es una de las enfermedades crónicas que con frecuencia afecta la percepción de la CVRS y se asocia a menudo con depresión. Lo anterior origina que se tenga una mala adherencia terapéutica al tratamiento y con el aumento de la morbilidad y la mortalidad. Por lo antes mencionado es de importancia la realización del presente trabajo de investigación, ya que en México son pocos los estudios realizados en donde se determina la calidad de vida en pacientes con DM tipo 2 utilizando el cuestionario Diabetes 39. El impacto de esta investigación sería determinar y conocer el nivel de calidad de vida que tienen las personas con DM2 que son del centro de salud con hospitalización de la localidad de allende, para poder comprender acerca de cómo el desarrollo de la enfermedad afecta a la población atendida en la Institución para que la información que se genere pueda contribuir en la toma de decisiones para la creación de planes estratégicos para mantener un mejor nivel de calidad de vida de las personas.

Objetivos.

Objetivo general:

- Identificar el nivel de autocuidados en los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del centro de salud con hospitalización de la localidad de allende.

Objetivos específicos:

- Identificar el conocimiento que tienen los pacientes con la diabetes tipo 2 con respecto a su tratamiento.
- Determinar el conocimiento de autocuidado que tienen los pacientes con la DM2 sobre su enfermedad.
- Evaluar en los resultados de autocuidado los conocimientos que tiene los pacientes con DM2.

Hipótesis general:

El nivel de autocuidado afecta la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a consulta externa del centro de salud con hospitalización de la localidad de allende.

Hipótesis alterna:

El nivel de autocuidado causa posibles modificaciones en la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a consulta externa del centro de salud con hospitalización de la localidad de allende.

Hipótesis nula:

El nivel de autocuidado no afecta la calidad de vida d ellos pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a consulta externa del centro de salud con hospitalización de la localidad de allende.

Material y métodos.

Se basa en un estudio descriptivo transversal, ya que se puntualiza una población en específica con los pacientes con control de la DM2 en el CSH de la localidad de allende.

La muestra fue seleccionada por un muestreo aleatorio simple. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diabetes mellitus tipo 2, ambos sexos, residentes de la ciudad de Allende, Veracruz, pertenecientes al núcleo básico centro de salud con hospitalización de la localidad de Allende.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con DM2 que no lleven su control en el Hospital de la localidad de allende.

Instrumento de la recolección de datos.

Se empleo el instrumento Diabetes 39, el cual consta de 39 ítems agrupados en 5 secciones las cuales son: energía- movilidad, control de la diabetes, ansiedad-preocupación, carga social y funcionamiento sexual; con la finalidad de conocer que tan afectada se encuentra la calidad de vida de los individuos.

El cuestionario contiene 39 ítems cerrados que se agrupan en cinco secciones: Energía-Movilidad (15 ítems: 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 y 36), Control de la diabetes (12 ítems: 1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31 y 39); Ansiedad-preocupación (cuatro ítems: 2, 6, 8 y 22), Carga social (cinco ítems: 19, 20, 26, 37 y 38) y Funcionamiento sexual (tres ítems: 21, 23 y 30).

Es aquí donde los pacientes deberán dar respuesta a que tanto ha sido afectada o modificada su calidad de vida, en el transcurso del último mes, de acuerdo a la actividad que expone cada ítem.

Variable de estudio.

Variable dependiente: calidad de vida

La calidad de vida de los pacientes depende del autocuidado que ellos manejen. Un paciente con DM2 se somete a un comportamiento libre de sedentarismo, alimentación saludable, higiene adecuada, actividad física entre otras. Pero principalmente lo lleva a tener un conocimiento adecuado de su enfermedad que le permita llegar a un bienestar biopsicosocial.

VARIABLES:

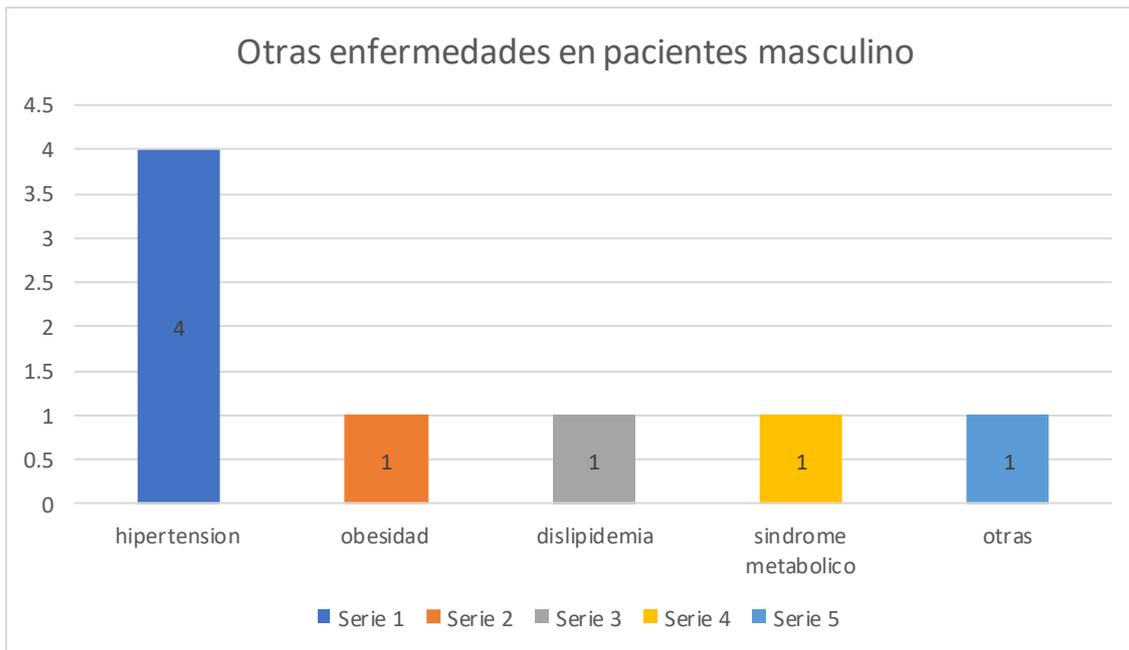
- Sexo
- Edad
- Otras enfermedades
- Antecedentes
- Tiempo de su evolución (años)
- Tratamiento

2. Evaluación de pacientes.

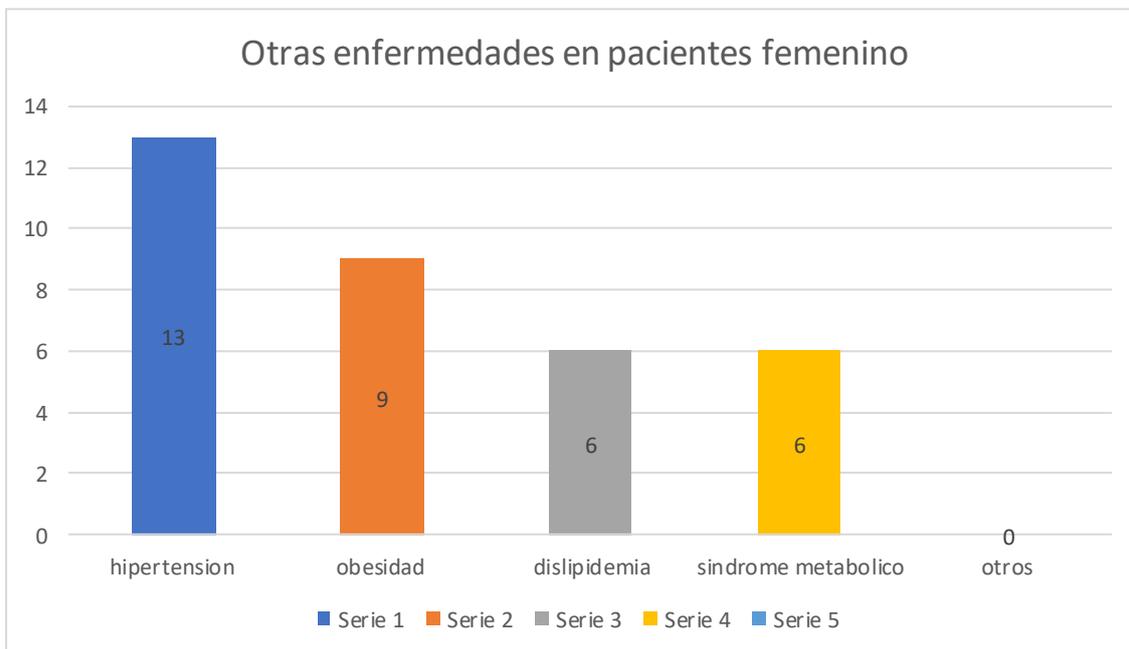
Fueron encuestados 21 pacientes adultos con diagnóstico de DM-2, de ambos sexos con su tratamiento médico, seleccionándolos al azar cuando acudían a su cita de control. Todos los pacientes proporcionaron su consentimiento informado y procedieron a responderlo de una manera positiva.

Variables de encuesta por pacientes.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	
1	'NUM/PX	SEXO	EDAD	ENFERMEDADES			ANTECEDENTES PADRES			ANTECEDENTES PADRES			AÑO EVO			AÑOS TX		
2		MAS	FEM	HAAS	OBESID	DISLIP	SX ME	OTROS	DMT2	HAAS	ECV	OBESID	DISLIP	OTROS				
3	1	1	43					ALCOHOLISMO									4	4
4	2	1	77	1					1	1							23	7
5	3	1	69	1					1								22	22
6	4	1	67	1				ALCOHOLISMO	1								1	3
7	5	1	56						1	1			1				8	8
8	6	1	34	1	1	1	1										1	1
9	7		51						1	1							6	5
10	8	1	61	1	1	1			1	1	1	1	1				3	3
11	9	1	48			1			1								8	6
12	10	1	52			1					1						3	3
13	11	1	56	1	1	1	1			1							5	5
14	12	1	61	1	1	1	1										20	3
15	13	1	58			1											2	1
16	14	1	59	1					1	1							15	1
17	15	1	65	1					1	1							8	6
18	16	1	56	1							1						1	1
19	17	1	52			1			1								1	1
20	18	1	45	1	1	1	1										11	5
21	19	1	45			1											1	1
22	20	1	64	1	1	1	1		1	1							13	7
23	21	1	61	1	1	1	1		1	1							9	7
24	TOTAL	6	15	13	9	6	6	6	12	10	1	2	1	1				



6 pacientes masculinos



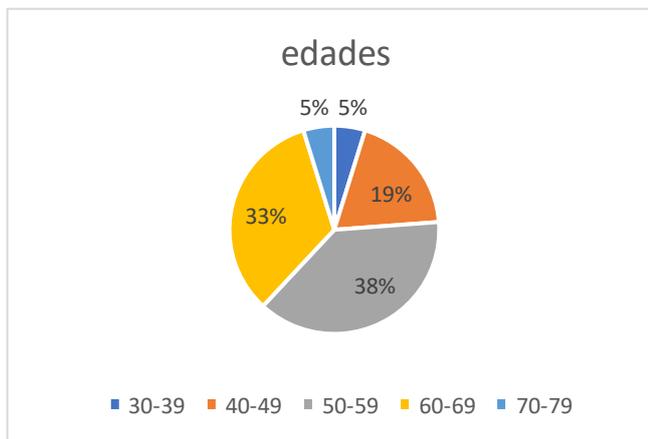
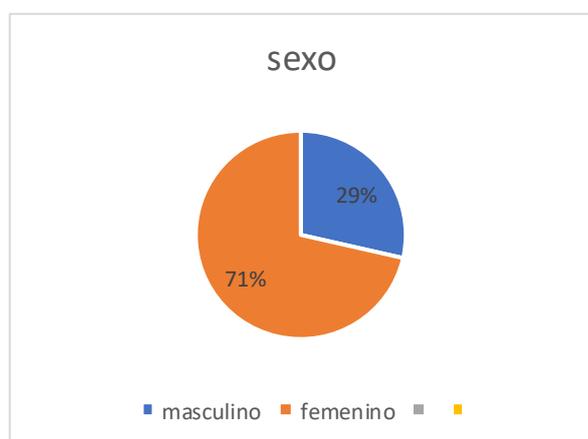
15 pacientes femeninos

Resultados.

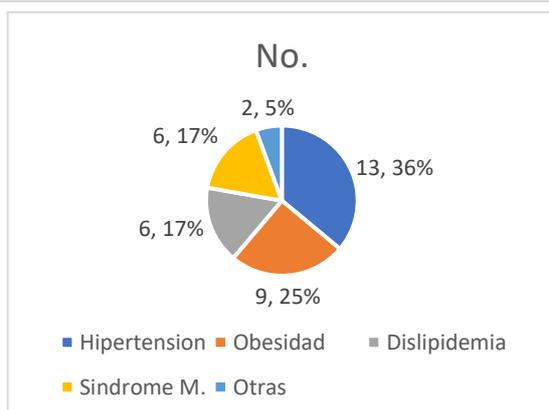
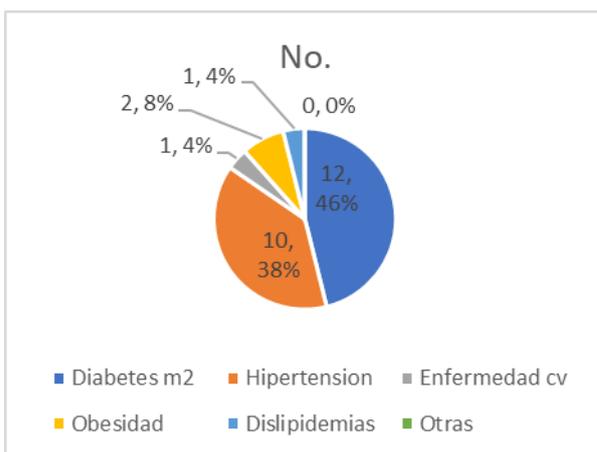
El resultado del estudio se ha completo con 21 pacientes (100%) el (28.57%) fueron hombres (rango de edad de 34-77 años), el (71.42%) de las mujeres (rango de edad de 45-65 años).

El tiempo de contestar el cuestionario fue de 15 minutos en promedio (rango de 7-15 minutos) y la mayoría de los pacientes recibía su tratamiento farmacológico. Las características generales de la muestra se mostrarán en la siguiente tabla.

Sexo	No.	%
Hombres	6	29%
Mujeres	15	71%
Edad	No.	%
30-39	1	5%
40-49	4	19%
50-59	8	38%
60-69	7	39%
70-79	1	5%

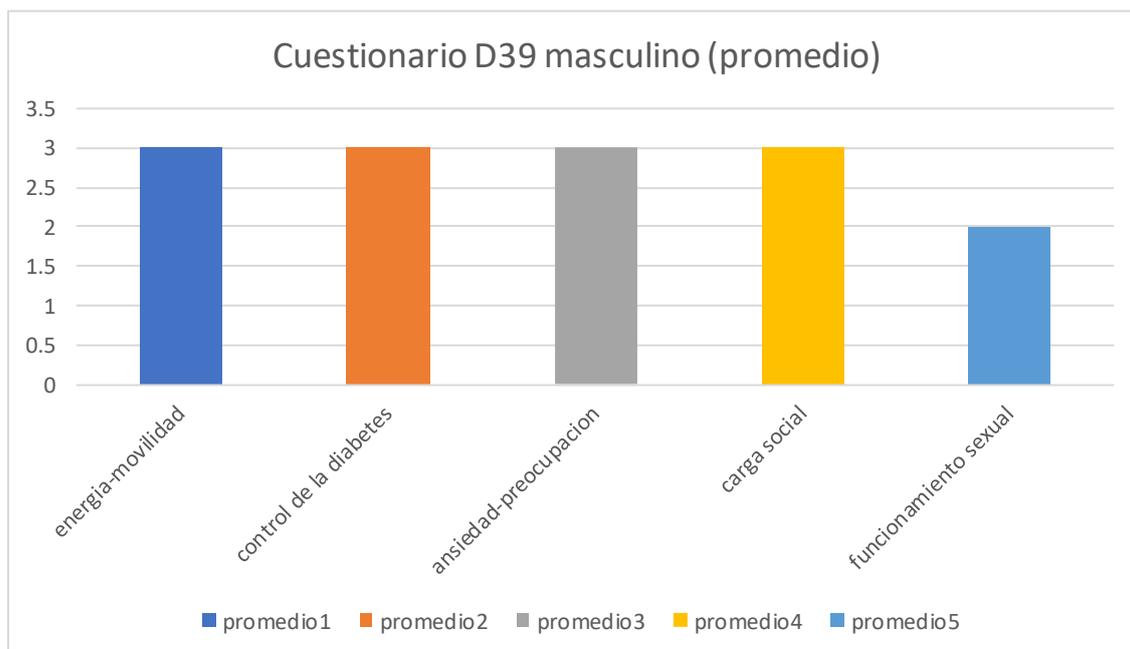


Otras enfermedades	No.	%
Hipertensión	13	36%
Obesidad	9	25%
Dislipidemia	6	17%
Síndrome metabólico	6	17%
Otras	2	5%
Antecedentes de los padres	No.	%
Diabetes M2	12	46%
Hipertensión	10	38%
Enfermedades CV	1	4%
Obesidad	2	8%
Dislipidemias	1	4%
Otras	0	0%

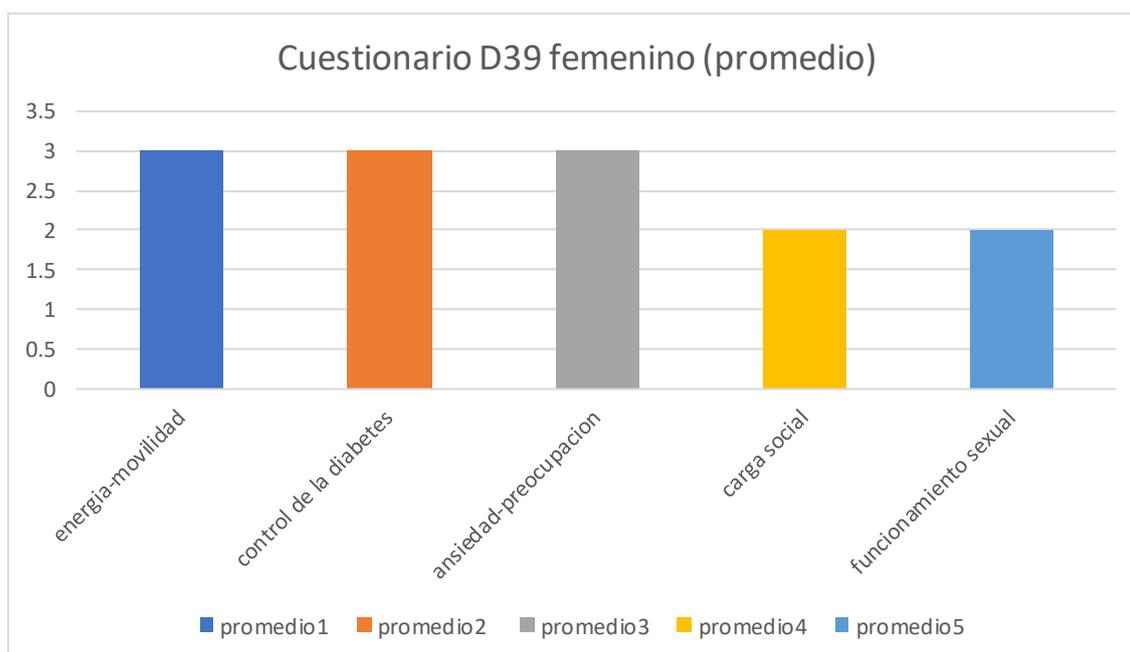


Resultados del instrumento D39 por promedio

NUM	ENERGICA-MOVILIDAD												CONTROL DIABETES							ANSIEDAD			CARGA SOCIAL				SEXUAL																				
	3	7	9	10	11	12	13	16	25	29	32	33	34	35	36	1	4	5	14	15	17	18	24	27	28	31	39	2	6	8	22	19	20	26	37	38	21	23	30								
1	3	3	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	3	1	2	3	3	1	1	1	2	2	2	2	1	2	3	3	2	3	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2					
2	6	6	6	6	7	7	5	7	7	7	5	7	6	6	6	6	5	5	4	5	5	5	7	5	5	5	5	5	3	6	5	5	7	4	6	6	7	6	4	7	5	5	5				
3	6	6	6	6	7	6	6	1	5	4	7	7	6	7	6	6	4	6	6	5	5	6	4	1	1	5	5	4	6	4	4	4	5	6	2	1	5	7	4	1	1	1	1	1	1		
4	5	3	4	4	5	3	3	4	4	2	2	2	2	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	4	3	4	3	2	4	3	3	3	2	3	4	3	3	2	3	4	3
5	3	2	3	2	3	2	2	3	2	1	2	1	2	1	2	2	1	3	2	3	2	2	1	2	2	3	2	1	3	3	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2				
6	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	2	3	2	1	1	3	2	2	1	2	2	2	3	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1				
TOTAL H																3										3					3										2	3.0066667					
7	5	6	6	6	2	3	3	4	1	4	3	3	3	2	4	4	4	5	7	3	3	3	4	4	2	4	3	4	4	3	6	4	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
8	6	5	4	4	4	4	5	6	5	6	6	3	3	3	5	4	6	4	7	3	3	3	3	3	6	6	4	6	6	4	3	5	2	1	2	3	2	2	2	2	2	3	2				
9	3	3	4	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1	2	1	3	3	2	2	2	4	6	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
10	3	3	3	1	3	2	2	4	3	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	1	3	1	2	2	2	2	3	3	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1			
11	3	4	3	3	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	4	3	2	3	2	2	1	2	1	3	2	2	3	2	4	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
12	3	3	2	2	3	2	4	3	1	2	2	2	2	1	2	3	3	3	3	3	4	3	4	1	1	1	1	3	3	3	2	2	3	3	1	3	1	1	2	3	2	1	2	3	2	1	2
13	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
14	2	3	4	3	3	4	6	5	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	6	5	5	4	3	2	2	3	3	3	2	3	4	4	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2	2	2	2		
15	2	1	2	1	2	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	1	2	3	2	3	1	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
16	5	6	7	7	6	7	7	4	6	5	7	7	5	7	6	4	4	5	5	5	5	7	4	3	3	4	7	5	4	4	5	3	4	7	2	4	5	6	5	3	6	3	4	4	4		
17	4	4	3	4	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	4	3	4	4	3	4	3	3	4	3	3	4	4	3	5	4	4	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	
18	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
19	3	2	3	3	2	3	4	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	4	4	2	3	3	2	2	1	2	3	3	2	4	3	3	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	
20	3	1	3	2	3	2	3	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	1	2	3	2	2	1	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
21	3	4	4	3	3	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	2	4	4	3	3	4	4	4	4	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	
TOTAL M																3											3					3										2	2.4144444				
TOTAL HOMBRES Y MUJERES																3											3					3									2	2.7105556					



Dando un total de: 3.0066667 promedio en hombres



Dando un total de: 2.4144444 promedio en mujeres

Conclusión.

Con base a los resultados obtenidos se ha concluido que durante este trabajo de investigación se logró determinar el conocimiento sobre el autocuidado en la diabetes mellitus tipo 2 en los pacientes que acuden a la consulta externa del centro de salud con hospitalización de la localidad de allende.

De los pacientes encuestados se conoció que el nivel de edades de ambos sexos varía entre los 30 y 70 años de edad, el 71.42% abarca a las mujeres y el 28.57% de hombres, se da a conocer que el sexo femenino predomina siendo diagnosticadas de diabetes M2, también con antecedentes y otras enfermedades.

En general, se encontró que algunos participantes del estudio tienen conocimiento adecuados para la realización de las acciones de autocuidado de su enfermedad, mostraron claridad de lo que deben hacer para manejar estas acciones, al mismo tiempo se considera que llevan una puntualidad en el control de su enfermedad, los pacientes cumplen con sus recomendaciones indicadas por el personal de salud, para mantener un bienestar, las adherencias en su tratamiento farmacológico.

Los pacientes del estudio manifiestan contar con acompañamiento familiar, apoyo en la alimentación, en sus citas de control, lo cual es algo positivo para su bienestar, la educación el paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo fundamental para el control de la diabetes. En muchas ocasiones, el paciente tiene una baja percepción de su salud, por ello, los profesionales debemos escuchar, dialogar y fomentar educación en la toma de decisiones dirigidas en el autocuidado.

La contribución de este estudio a la disciplina de enfermería se puede relacionar con la variable búsqueda de atención médica a signos y síntomas de la diabetes, ya que permitió conocer más a fondo la patología.

Recomendaciones.

El apoyo educativo sea permanente en los centros comunitarios de atención a la salud en forma planeada y desarrollado por profesionales de enfermería para incremento de la capacidad de autocuidado, para mejorar su estilo y calidad de vida.

Algunas de las recomendaciones son:

1. Ejercicio físico: Realizar actividad física con regularidad es un aspecto clave en el manejo de la diabetes.

- Puedes practicar la actividad que más te guste, pero es importante que seas constante.
- Realizar ejercicios de tipo aeróbico, como caminar, nadar o montar en bicicleta pueden ser buenas opciones.
- Usa un calzado adecuado y revisa tus pies después de hacer deporte.

2. Alimentación: La alimentación es una parte fundamental del control de la diabetes.

- Es importante que sigas una dieta variada, sana y equilibrada.
- Evita ingestas copiosas y reparte tus comidas en pequeñas porciones a lo largo del día.
- Limita el consumo de azúcares de absorción rápida.
- Consume alimentos ricos en fibra.
- Limita el consumo de alcohol.
- Evita los productos azucarados y ricos en grasas saturadas como pasteles, zumos o refrescos.

3. Cuidado de los pies: Las personas con diabetes, con el tiempo, pueden presentar alteraciones en la sensibilidad y la circulación de los pies.

- Realiza inspecciones diarias para comprobar la ausencia de lesiones.
- Lava tus pies con agua tibia y sécalos de forma minuciosa.
- Corta tus uñas de forma adecuada.
- Utiliza crema hidratante.
- Visita al podólogo con regularidad.
- Comunica a tu médico cualquier señal anómala.

4. Cuidado de la boca: Con los años, la diabetes mal controlada puede desencadenar problemas en los dientes y las encías. Es muy importante que prestes atención a tu salud bucal.

- Cuida de tus dientes y encías para evitar infecciones o úlceras.
- Lávate los dientes tras cada comida, durante dos minutos utilizando un cepillo de dureza media/suave.
- Abandona el consumo de tabaco.
- Recuerda acudir al dentista dos veces al año.

5. Adherencia al tratamiento: La eficacia de los medicamentos para la diabetes depende de que se tomen de forma adecuada.

- Sigue las pautas e indicaciones de tus profesionales sanitarios.
- No dejes de tomar la medicación y no modifiques las dosis a menos que tu médico así te lo indique.
- Consulta con tu médico si tienes dudas sobre cómo seguir sus pautas.

6. Control de la glucemia y revisiones periódicas:

- Es importante que acudas al médico regularmente para evaluar tus niveles de hemoglobina glicosilada.
- Asimismo, recuerda que tal vez debas realizar visitas periódicas a otros profesionales, como el odontólogo, el podólogo o el oftalmólogo, para prevenir y abordar posibles complicaciones derivadas de la diabetes.

Bibliografía.

- 1 Fernández VA, Abdala CTA, Alvara SEP, Tenorio FGL. (2018). *Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35156>
- 2 Esther Gallegos Cabriales, G. M. C. (2018, 11 de julio). *Autocuidado del hombre con diabetes mellitus tipo 2: impacto del machismo*. scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000300001
- 3 Diaz, j. j. (2021, 18 de enero). *Autocuidado en Diabetes Tipo 2*. American Diabetes Association. <https://pydesalud.com/autocuidado-en-diabetes-tipo-2/>
- 4 Arteaga-Rojas E, Martínez-Olivares MV, Romero-Quechol GM. (2019). *Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2*. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87304>
- 5 Martínez-Olivares MV, A.-R. E. (2019). *Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2*. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87304>
- 6 Jaime Humberto Flores García, F. V. S. (2020, 30 de noviembre). *Práctica de autocuidado en paciente con diabetes mellitus tipo 2*. revistas it. <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/sinapsis/article/view/346/433>
- 7 Ivonne Vizcarra-Bordi, P. C.-B. (2014, junio). *Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México*. scielo. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000200005

- 8 Judith Crristina Martinez Royert. (2021, octubre). *Calidad de vida en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2*. researchgate. <https://www.researchgate.net/publication/355156042> Calidad de vida en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 Quality of life in the elderly with type II diabetes mellitus
- 9 Alejandra Caqueo-Urizar, A. U. M. (2022, abril). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. scielo. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
- 10 DIANA BEATRIZ CONDEZO CASTAÑEDA, L. D. C. C. (2021, agosto). *RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA JULIO* -. universidad peruana. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/10178>
- 11 alejandra Caqueo-Urizar, A. U. M. (2012, abril). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. scielo. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
- 12 Socorro Adriana de Sousa Meneses Brandão, J. S. M. (2021, marzo). *Calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus monitoreadas por la Unidad Básica de Salud*. scielo. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000100005
- 13 oms. (2012, 27 de abril). *diabetes*. ops. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=4475&layout=blog&Itemid=40610&lang=es&limitstart=15

14 Dr. Cruz Rodríguez, D. c. y. d. l. d. m. (2019, octubre). *Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus*. scielo. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400003

16 Avalos García, M. I., Concepcion López , R., Morales García, M. H., Priego Álvarez, H. R., Garrido Pérez , S. M., & Cargill Foster , N. R. (2017). Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de atención primaria de México. Un estudio desde la perspectiva de la familia de los pacientes. Elsevier, 21-27. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301408>

17 Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer , J. R., Abanades Herranz, J. C., García Marín, N., & Valero de Bernabé, F. (dic de 2002). Factores asociados al mal estado de salud percibido o a la mala calidad de vida en personas mayores de 65 años . Revista Española de Salud Pública , 76(6). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600005

18 Bautista Márquez, D. A., de Lucio Tapia, M. T., Higadera Sánchez , J. J., & Romero Paalencia , A. (2020). CALIDAD DE VIDA, MALESTAR EMOCIONAL Y TIEMPO DE DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN UN MUNICIPIO DE HIDALGO, MÉXICO. *Revistas lasallep*, 10-24. Obtenido de <https://revistas.lasallep.edu.mx/index.php/huella/article/view/13/18>

19 Brites, M., & Torres de Taboada , E. (junio de 2019). *pesquisa.bvsalud*. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-884681>

20 Cardenas Villareal , V. M., Pedraza Loredo, C., & Lerma Cuevas , R. E. (julio-septiembre de 2005). Calidad de vida del pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia UANL*, VIII(003), 351- 357. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/402/40280308.pdf>

21 Carretero, M. (Enero de 2002). Tratamiento de la diabetes tipo 2. Elsevier, 127-130. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-tratamiento-diabetes-tipo-2-13025057>

22 Cascaes Silva, F., de Ropa Iop, R., Valdivia Arancibia , B. A., Barbosa Guitierrez, F., P. J., da Silva , R., . . . Pereira Moro , A. R. (2017). Ejercicio

físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2. Revista de Psicología del Deporte, 26(1), 13-25. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235149687002.pdf>

23 Castañeda Bajaña, E., García Martínez, M., Rebolledo Malpica, D., Muñiz Granoble, G., Calderón Vallejo, C., & Álava Rengifo, N. (19 de 03 de 2019). Percepciones sobre adherencia del autocuidado desde la enfermería para pacientes con diabetes mellitus. Revista Cubana de Enfermería. Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3094>

24 Chavri Cruz , J., & Fallas Rojas , J. (2015). CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN PACIENTES CONDIABETES MELLITUS TIPO 2. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXII, 217-224. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151zn.pdf>

25 Chipana Casio, L. D., & Condezo Castañeda , D. B. (9 de Noviembre de 2021). Reposito Nacional. Obtenido de https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/10178/Relacion_Chipan_aCasio_Lidia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

26 Clinic, M. (11 de Nov de 2021). mayoclinic. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/eses/diseases-conditions/type-2-diabetes/diagnosis-treatment/drc-20351199>

27 Flores Ramírez , J., & Aguilar Rebolledo, F. (Junio-Diciembre de 2006). Diabetes mellitus y sus complicaciones. La epidemiología, las manifestaciones clínicas de la diabetes tipo 1 y 2. Diabetes gestacional. Parte 1. Plasticidad y Restauración Neurológica, 5(2), 139-151. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2006/prn062e.pdf>

28 Gerrero Pupo, J. C., Cañedo Andalia , R., Salman Lengarin , E. M., Cruz Cruz , Y., Pérez Quintero , G. F., & Rodríguez Lora, H. (mar-abr de 2006). SciElo. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.ph?script=sci_arttext&pid=S1024-94352006000200005

29 González Díaz , I. A. (1 de 9 de 2018). Medwave. Obtenido de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/4315>

- 30 Martínez Royert, J. C., Loaiza Guzmán, J., Ramos Arista, S. A., Maury Mena, S. C., Pájaro Martínez, M. C., & Plaza Gómez, K. E. (2021). Calidad de vida en el adulto mayor con diabetes mellitus II. *SaludUninorte*, 37(2), 302-315. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Sara-MauryMena/publication/355156042_Calidad_de_vida_en_el_adulto_mayor_con_diabetes_mellitus_tipo_2_Quality_of_life_in_the_elderly_with_type_II_diabetes_mellitus/links/616071641eb5da761e628bca/Calidad-de-vida-en-el-a
- 31 Mediavilla Bravo, J. (enero de 2002). La diabetes mellitus tipo 2. Elsevier, 25-35. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-diabetes-mellitus-tipo2-13025480>
- 32 Mediavilla Bravo, J. J. (2001). Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. *SEMERGEN*, 132-145. Obtenido de <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdfsimple&pii=S1138359301739317&r=40>
- 33 Ortega Oviedo, S., Berrocal Narváez, N., Argel Torres, K., & Pacheco Torres, K. (Julio-Diciembre de 2019). Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Avances en Salud*, 3(2). Obtenido de <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1848>
- 34 Peña, A. P., Venegas, B. C., & Obando, J. A. (2020). Educación en salud para promover autocuidado en personas con Diabetes tipo 2 durante su hospitalización. *SciELO*, 22(3). Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072020000300246
- 35 S. T. (mayo de 2016). Diabetes mellitus tipo 2. Elsevier, 25(5), 96-101. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-diabetes-mellitus-tipo-2-13088620>
- 36 Salud, S. d. (agosto de 2006). INSP. Obtenido de https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/nucleo/docs/pme_08.pdf
- 37 Urzúa M, A., & Coqueo Urizar, A. (10 de enero de 2021). Conicyt. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>

38 Velasco Molina, I. Y., Hernández Hernández, A. G., Jiménez-Sánchez, R. C., Ramírez Moreno, E., Baltazar Tellez, R. M., Flores Chávez, O. R., . . . Aria Rico, J. (2021). Déficit Del Autocuidado En El Adulto Mayor Con Diabetes. *South Florida Journal of Development*, 2(5), p.7515- 7522. Obtenido de 6. <https://southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/download/929/803/2634>

39Vintimilla Enderica , P. F., Giler Mendoza , Y. O., Motoche Apole , K. E., & Ortega Flores, J. J. (2019). Diabetes Mellitus Tipo 2; Incidencias, Complicaciones y Tratamientos Actuales. *Dialnet*, 3(1), 27-36. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6788150>