

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**Percepción de barreras en el autocuidado del adulto mayor con diabetes
tipo 2 en un centro sanitario de Chiclayo, 2025**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

Maria Luisa Alejandra Saavedra Carranza

ASESOR

Julia María Nureña Montenegro

<https://orcid.org/0000-0002-9545-1888>

Chiclayo, 2026

**Percepción de barreras en el autocuidado del adulto mayor con diabetes
tipo 2 en un centro sanitario de Chiclayo, 2025**

PRESENTADA POR

Maria Luisa Alejandra Saavedra Carranza

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR

Rosa Jeuna Díaz Manchay
PRESIDENTE

Maribel Albertina Díaz Vásquez
SECRETARIO

Julia María Nureña Montenegro
VOCAL

Dedicatoria

A mi madre, cuyo amor, esfuerzo y perseverancia han sido mi mayor inspiración; a mi hermana Lidia y Héctor por su apoyo y palabras de aliento que me fortalecieron; a mi familia, por acompañarme en cada paso de mi formación académica; a Moisés y Jun, por su cariño y comprensión en los momentos más exigentes de este proceso. Muchas gracias, siempre.

Agradecimientos

Agradecer a Dios por darme fortaleza, sabiduría y salud para culminar esta etapa importante de mi vida; a mi asesora, la Dra. Julia Nureña Montenegro por su valiosa orientación y paciencia durante el desarrollo de este trabajo; a mis profesoras, por contribuir a mi formación profesional; a los participantes por hacer realidad esta investigación al compartir sus experiencias.

Percepción de barreras en el autocuidado del adulto mayor con diabetes tipo 2 en un centro sanitario de Chiclayo, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

7 %	7 %	2 %	1 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	4 %
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %
3	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
4	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
5	repositorio.upse.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
6	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
7	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	<1 %
8	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1 %

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción.....	8
Revisión de literatura.....	11
Materiales y métodos	14
Resultados	19
Discusión	26
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias.....	35
Anexos	43

Resumen

Las barreras en el autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 afectan directamente la capacidad para controlar su enfermedad y evitar complicaciones, volviéndose vulnerables a un mal autocuidado. Se llevó a cabo esta investigación con el objetivo de describir y analizar la percepción de barreras en el autocuidado del adulto mayor con diabetes tipo 2 en un centro sanitario de Chiclayo, 2025. Fue un estudio cualitativo, diseño descriptivo. La población estuvo constituida por 190 adultos mayores, el tamaño de la muestra fue de 12 adultos mayores y se precisó según los criterios de saturación y redundancia de códigos; el muestro fue no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se aplicó una guía de entrevista semiestructurada. El análisis de datos se efectuó por contenido temático, se obtuvieron 3 categorías como resultados: a) Barreras relacionadas con la alimentación, b) Barreras relacionadas con la actividad física, c) Factores sociales y emocionales que afectan el autocuidado. Se concluye que el autocuidado del adulto mayor con DM2 se encuentra condicionado por barreras que en conjunto, evidencian una brecha entre el conocimiento y la posibilidad real de llevarlas a cabo. Esto refleja que el control de la enfermedad no depende solo del esfuerzo individual, sino también de un entorno familiar y comunitario que brinde apoyo sostenido para favorecer la adherencia y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: Barreras Físicas (D001107), Autocuidado (D012648), Diabetes Mellitus Tipo 2 (D003924), Adultos mayores (D000368).

Abstract

Barriers to self-care in older adults with type 2 diabetes mellitus directly affect their ability to control their disease and avoid complications, making them vulnerable to poor self-care. This research was conducted with the aim of describing and analyzing the perception of barriers to self-care in older adults with type 2 diabetes at a health center in Chiclayo, 2025. It was a qualitative study with a descriptive design. The population consisted of 190 older adults, the sample size was 12 older adults, and it was determined according to the criteria of saturation and redundancy of codes; the sample was non-probabilistic for convenience. A semi-structured interview guide was used for data collection. Data analysis was performed by thematic content, and three categories were obtained as results: a) Barriers related to diet, b) Barriers related to physical activity, c) Social and emotional factors that affect self-care. It was concluded that self-care among older adults with DM2 is conditioned by barriers that, taken together, reveal a gap between knowledge and the real possibility of putting it into practice. This reflects that disease control does not depend solely on individual effort, but also on a family and community environment that provides sustained support to promote adherence and improve quality of life.

Keywords: Physical Barriers (D001107), Self-Care (D012648), Type 2 Diabetes Mellitus (D003924), Older Adults (D000368).

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las afecciones crónicas no transmisibles que impacta de forma considerable la calidad de vida de quienes la padecen, de ahí la importancia de su control y prevención para favorecer un manejo adecuado. Sin embargo, los pacientes con esta condición enfrentan varias barreras que dificultan su capacidad para el autocuidado, como limitaciones económicas, falta de educación y conocimiento sobre la enfermedad, y la ausencia de apoyo familiar y social¹. Dada la complejidad del autocuidado, es evidente que los adultos mayores necesitan un apoyo integral para superar estas barreras, incluyendo educación en salud adaptada a sus necesidades, fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios, y mejor acceso a medicamentos y pruebas de glucemia².

Las percepciones, experiencias y creencias en las personas con diabetes tipo 2 en relación a su condición impactan significativamente en el seguimiento al tratamiento y la adopción de prácticas de autocuidado, entre ellas la vigilancia de los niveles de glucosa, el control de la dieta, la práctica física y la medicación³. A pesar de los avances en el tratamiento, persisten obstáculos como la economía, el desconocimiento y la relación establecida con el personal de salud, que complican el autocuidado y afectan la adherencia al tratamiento⁴. Desde la perspectiva del paciente, las barreras en la gestión independiente de la enfermedad abarcan una variedad de desafíos que repercuten directamente en su capacidad para manejarla adecuadamente. Es crucial comprender y abordar estos aspectos para prevenir complicaciones graves, mejorar la calidad de vida y reducir costos asociados a los servicios de salud⁵.

En un estudio realizado en Irán, se identificaron varias barreras que afectan el autocuidado de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Se halló que la capacidad de comprar alimentos saludables dependía del estatus económico del paciente, lo cual afectaba su dieta. También se encontró factores como los viajes, la falta de acceso a alimentos adecuados, el estrés y el cansancio dificultaban el autocuidado. Además, la falta de hábitos saludables complicaba su adopción. Por otro lado, la aparición de complicaciones en otros pacientes y motivaban el autocuidado, mientras que los mitos sobre la enfermedad y el miedo a las complicaciones lo dificultaban⁶.

De manera similar, estudios en Ghana han revelado que las restricciones económicas, la carencia de tiempo y apoyo significativo del entorno, que a veces incluye el asesoramiento perjudicial sobre el uso de medicina herbal, son obstáculos significativos. De igual manera, las barreras emocionales, tales como el miedo a las inyecciones y la exclusión social desmotivan a los pacientes. Así, los prolongados períodos de espera en los centros de salud y el

desconocimiento sobre prácticas de autocontrol agravan la situación, destacando, en efecto, la necesidad de intervenciones más efectivas y accesibles⁷.

En Pakistán, encontraron que los costos del tratamiento, las limitaciones físicas, la falta de energía y el olvido de tomar medicamentos son obstáculos importantes para el autocontrol de la enfermedad. Además, la fobia a las agujas, los horarios de trabajo agitados, la falta de comprensión sobre la diabetes y la presencia de comorbilidades complican aún más el manejo adecuado de la salud⁸. Ambos estudios marcan la necesidad de mejorar el apoyo y la educación para optimizar el autocontrol de la DM2.

En España, se identificaron dificultades similares en la gestión de la diabetes mellitus tipo 2. Entre estas dificultades destacan el desconocimiento y las lagunas en el manejo de la diabetes, la resistencia a realizar cambios en los hábitos diarios y las creencias culturales que pueden interferir en la aceptación y tratamiento de la enfermedad. Además, subraya la trascendencia del ámbito social y familiar en el apoyo al paciente, así como las barreras económicas y de acceso a recursos sanitarios, que limitan significativamente su capacidad para gestionar la condición de manera efectiva. Estas barreras, combinadas con una comunicación deficiente entre pacientes y profesionales de la salud, configuran un panorama complejo que dificulta el autocuidado adecuado⁹.

A nivel de Perú, una investigación realizada en Trujillo destaca como barreras del autocuidado el olvido de la medicación debido a las ocupaciones diarias (tareas domésticas, cuidado de hijos y trabajo), la percepción de bienestar, la falta de disponibilidad de medicamentos y los efectos secundarios negativos lleva a algunos pacientes a abandonar el tratamiento. En cuanto a las experiencias con el personal de salud, algunos pacientes enfrentan situaciones negativas que afectan su adherencia al tratamiento y aunque la mayoría recibe apoyo a través del Seguro Integral de Salud (SIS), algunos no cuentan con apoyo adicional de otras instituciones. Esto enfatiza la falta de educación sobre la diabetes y el limitado respaldo familiar, resaltando la necesidad de estrategias educativas y de apoyo integral para mejorar el autocuidado y control de la enfermedad¹⁰.

A pesar de la creciente prevalencia de la DM2 en la población adulta mayor y la importancia del autocuidado para el manejo eficaz de esta enfermedad crónica, en la región de Lambayeque, existe una notable ausencia de estudios que exploren cómo los adultos mayores perciben las barreras que enfrentan en su autocuidado. La literatura disponible se ha centrado especialmente en aspectos clínicos o intervenciones específicas, dejando un vacío en la comprensión de las experiencias cotidianas de los pacientes. Por consiguiente, se planteó la siguiente pregunta de

investigación: ¿Cómo es la percepción de barreras en el autocuidado del adulto mayor con diabetes tipo 2 en un centro sanitario de Chiclayo, 2025?

Este estudio tuvo como objetivo principal describir y analizar la percepción de barreras en el autocuidado del adulto mayor con diabetes tipo 2 en un centro sanitario de Chiclayo, 2025.

El presente estudio se justificó porque en Perú del 2019 al 2022, la diabetes mellitus 2 mostró una gran prevalencia en adultos mayores, alcanzando su punto máximo en personas de 60 a 64 años con 11,145 de casos registrados, seguido del grupo de 65 a 69 años con 10,250 casos. Aunque se observa un descenso a medida que la edad avanza, la cifra conserva relevancia en personas de 80 años a más. A partir de ello, esta población acumula un total de 38,320 casos, lo que indica que este grupo etario representa una fracción significativa de la carga total de la enfermedad en el país. A esto se añade que, en el último trimestre del 2023, esta tendencia se mantuvo con los mismos grupos de rango de edad mencionados anteriormente, y esto confirma que continúa como una preocupación relevante en las edades avanzadas¹¹.

Según el Ministerio de Salud, la incidencia más alta se presenta en la costa con 5,2% de los casos de diabetes, entre las que destacan Lima, Piura y Lambayeque las regiones con una prevalencia más marcada de diagnósticos en el país. En este último departamento son 885 los casos notificados, hasta octubre de este año^{12,13}.

El adulto mayor con DM2 es especialmente vulnerable a un mal autocuidado aumentando así la posibilidad de desarrollar complicaciones graves y afectando la adherencia al tratamiento debido a problemas cognitivos, limitaciones físicas y aislamiento social las cuales agravan esta situación¹⁴. En este contexto se identificaron tres barreras principales: la falta de información adecuada, dificultades debido a expectativas culturales y falta de apoyo familiar¹⁵. Estos aspectos junto con una mala relación paciente-médico y un conocimiento insuficiente sobre su enfermedad, estilo de vida ocupado, el olvido y la depresión se correlacionan con niveles más altos de glucosa y dificultan el manejo efectivo de la enfermedad¹⁶.

La ausencia de políticas sanitarias eficaces junto con la poca conciencia de la gravedad y las medidas para reducir su incidencia en la población es lamentablemente quien provoca que muchos pacientes busquen atención médica de forma tardía, cuando ya existen complicaciones irreversibles, de ello se desprende la necesidad de enfocar esfuerzos en la prevención y atención sanitaria oportuna¹⁷.

Esta investigación será de utilidad para los pacientes diabéticos puesto que, al explorar la serie de barreras personales, físicas y económicas que dificultan su autocontrol, pueden identificar áreas específicas donde requieren mayor apoyo y adaptar las estrategias de intervención y educación⁷. Comprender estas barreras desde la perspectiva del adulto mayor

permitirá diseñar programas más efectivos para superar los desafíos percibidos, optimizar el acatamiento al tratamiento y en última instancia, evitar complicaciones severas, mejorar la calidad de vida y corregir la gestión de la enfermedad a nivel poblacional¹⁸.

De igual forma, es importante para los profesionales de salud, pues proporciona una comprensión detallada de los obstáculos que los pacientes encuentran en su manejo diario de la enfermedad, al comprender estas percepciones permitirá identificar los factores específicos que dificultan el autocuidado y, en consecuencia, diseñar estrategias y programas de intervención más efectivos y personalizados¹⁹. Se concluye que el nivel general de autocuidado es pobre, destacando la urgencia de fortalecer la educación en salud y el apoyo social para fomentar una mejor adherencia a las prácticas de autocuidado en diabetes.

Revisión de literatura

Antecedentes

Nivel internacional:

Un estudio realizado en Ghana por Tuobeniyere, Mensah y Korsah⁷, los hallazgos ponen de manifiesto que los pacientes se sienten solos por el poco apoyo de sus cuidadores y enfrentan largos tiempos de espera; entre las barreras percibidas, la restricción financiera es la más importante ya que afecta el acceso a dispositivos de monitoreo y una dieta adecuada. Concluye que se requiere la necesidad de mayor educación en diabetes, manejo de la dieta y apoyo social por parte de la familia, pares y organizaciones no gubernamentales.

González, Cooper, Méndez, Cardona y Rodríguez¹⁹ realizaron en Cuba un estudio donde se identificó que la mayoría de las pacientes adultas mayores eran quienes enfrentan dificultades para acceder a medicamentos debido a su alto costo y escasez, así como a una atención médica deficiente en los consultorios, caracterizada por largas esperas y poco apoyo. Además, prefirieron la atención en centros especializados por la atención más empática. Se concluyó que la implementación de estrategias efectivas para eliminar estas barreras podría mejorar tanto el estado de salud de los pacientes como su experiencia con los servicios sanitarios.

Hushie²⁰ realizó una investigación en Ghana donde se evidencia que enfrentan numerosos retos que dificultan su autocuidado como dificultades de asistir a citas y la no aceptación del diagnóstico, confusión y resistencia a cambiar hábitos alimenticios, la influencia de eventos sociales y familiares, así como el temor a revelar su condición. Concluye que es fundamental implementar intervenciones integradas para abordar las barreras mediante un enfoque integral, apoyo y soporte emocional.

Guerci, Chanan, Kaur, Jasso y Lew²¹ realizaron un estudio donde se concluyó que barreras como la inadecuada adherencia y persistencia en el uso de medicamentos incrementa el riesgo de complicaciones a largo plazo y eleva los costos de atención médica. Asimismo, debido a la alta prevalencia de estas, se identificó una necesidad urgente de desarrollar estrategias que mejoren estos aspectos y abordar la complejidad del tratamiento es esencial para aumentar la adherencia y mejorar los resultados clínicos.

Nivel nacional

Palomares²² en su estudio realizado en Lima. Nos muestra que los resultados identificaron diversas barreras que enfrentan los pacientes diabéticos y abarcan tanto factores personales como personales, sociales, económicos, ambientales y relacionados con el trato profesional. Estos resaltan la importancia de no solo abordar las barreras individuales sino las del entorno, para mejorar los hábitos de autocuidado.

Nivel local

Paz²³ realizó en Chiclayo un estudio que evidencia las diversas barreras que enfrentaban pacientes y complicaba su autocuidado en el proceso de su enfermedad, como la dificultad para modificar sus hábitos alimentarios, la falta de adherencia a los tratamientos médicos, y la persistencia de comportamientos poco saludables. Además, destacó el papel del apoyo familiar y social los cuales son clave para la superación de las dificultades, así como los aspectos emocionales, como la negación y el miedo, que impactan negativamente en el progreso de la enfermedad.

Bases teóricas

Para Rosales²⁴, la percepción es un proceso complejo mediante el cual uno mismo captura información a través de los sentidos, lo organiza, integra e interpreta para darle un significado utilizando su aprendizaje y memoria, implica analizar las relaciones, contexto y experiencia previa, y está influenciada por factores tanto socioculturales como individuales, lo que hace que cada persona pueda percibir de distinta manera una misma situación. Para Goldstein y Cacciamani²⁵ permite reconocer, entender y reaccionar frente a lo que nos rodea. En ese sentido, plantea que el proceso perceptivo sigue una secuencia de pasos que inicia con la captación de un estímulo del entorno, su conversión en estímulos sensoriales, su procesamiento en el cerebro

y finalmente su versión, lo que le permite a la persona reconocer lo que percibe y poder generar una acción frente a ello.

La Organización Mundial de la Salud²⁶ denota al autocuidado como la facultad de las personas, familias y comunidades para cuidar de su salud, saber cuándo buscar atención médica, prevenir enfermedades y hacer frente a situaciones de salud e impedimentos, ya sea con ayuda o de manera autónoma. Incluye aspectos como la promoción de hábitos saludables, manejo de enfermedades, automedicación y cuidado de personas dependientes.

Es por lo que el autocuidado es una actividad que las personas aprenden con un objetivo y consiste en acciones que se llevan a cabo en situaciones específicas de la vida, dirigidas hacia uno mismo o el entorno, con el fin de controlar los aspectos que impactan en su propio desarrollo, funcionamiento, salud y bienestar.

Orem en su Teoría del déficit de autocuidado descrita por Cancio, Lorenzo y Alarcó²⁷, la persona es alguien que recibe ciertos cuidados y tiene el don de gestionar sus propios cuidados para mejorar su salud, puesto que, puede aprender a satisfacer sus necesidades de cuidado y si por alguna razón no puede realizarlas, otras personas serán quienes apoyen con los cuidados necesarios.

De esta manera, la percepción en el autocuidado se refiere a la facultad de cada persona para reconocer sus propias necesidades de salud y comprenderlas, no solo tomando en cuenta sus sensaciones físicas, sino también emocionales y sociales, convirtiéndose en un agente activo en su cuidado, tomando decisiones y realizando acciones que promuevan su bienestar y calidad de vida.

Sin embargo, existen dificultades que obstaculizan la búsqueda de ayuda, a pesar de que la persona reconozca su necesidad. Según Naranjo, Concepción, Rodríguez²⁸ se conocen como barreras del autocuidado y hacen referencia a los obstáculos o limitantes que se enfrentan cuando no posee el conocimiento adecuado de su propia salud o no tenga el interés de adquirirlo, generando dificultades al momento de tomar decisiones conscientes sobre su bienestar y para identificar el momento adecuado en el que debe buscar ayuda o asesoramiento externo.

Según Otonín²⁹, la diabetes es una enfermedad común en adultos mayores y se caracteriza por el incremento de la concentración de glucosa en sangre, cuya forma más común es la diabetes tipo 2, originada por la deficiente producción de insulina o cuando se hace resistencia a ella, provocando su acumulación en sangre. Entre sus síntomas se evidencia: cansancio, hambre o sed excesiva, pérdida de peso sin razón aparente, orina frecuente, visión borrosa, infecciones en la piel y cicatrización lenta. A menudo, estos signos los consideran como “parte del envejecimiento” ignorando posibles problemas graves.

Sin embargo, el autocuidado se ve obstaculizado por diversas barreras que dificultan la adecuada gestión de la enfermedad, entre ellas se encuentran las relacionadas con el tratamiento médico, hábitos alimenticios, estado emocional, actitud ante la enfermedad, entorno familiar y social, motivación, nivel de conocimiento sobre la enfermedad, experiencias médicas previas, así como la capacidad para realizar cambio en los hábitos diarios³⁰.

De acuerdo con el Ministerio de Salud³¹ se considera a la persona adulta mayor como aquella que tiene 60 años o más y, conceptualiza al envejecimiento activo como un proceso destinado a optimizar las oportunidades en salud, la integración y la protección, con la intención de promover mejores condiciones de vida conforme las personas envejecen.

Con lo anteriormente expuesto, se refiere entonces a la percepción de barreras en el autocuidado del adulto mayor con diabetes tipo 2 como la conciencia o comprensión que tienen las personas mayores sobre los obstáculos que dificultan su capacidad para gestionar efectivamente su salud, incluyendo el reconocimiento de limitaciones relacionadas con el acceso a información sobre la enfermedad, disponibilidad de recursos de salud y las influencias tanto emocionales, sociales como familiares que pueden dificultar la toma de decisiones informadas, lo que impide reconocer sus necesidades de salud e implementar acciones adecuadas para su cuidado.

Materiales y métodos

El presente estudio fue de tipo cualitativo³², debido a que se exploró de manera detallada la percepción de las barreras en el autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, enfocándose en una descripción profunda sin medir ni cuantificar.

El método utilizado fue descriptivo³³, en el cual se centró en describir y analizar de manera detallada la percepción de las barreras en el autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, desde un contexto natural y sin intervenir ni manipular variables, lo cual permitió realizar un mejor análisis y proporcionar una visión completa de las barreras en las prácticas de autocuidado de los adultos mayores en el centro de salud José Olaya.

La población estuvo compuesta por 190 adultos mayores diagnosticados con DM2 que reciben atención en el centro anteriormente mencionado, según información brindada por parte del personal de enfermería que trabaja en la Estrategia de Daños No Transmisibles.

El tamaño de la muestra se determinó mediante la técnica de saturación y redundancia de códigos³² lo que significó que la recolección de datos se detuvo cuando la información obtenida dejó de aportar nuevos datos relevantes para el estudio o se volvió repetitiva, estuvo conformado por 12 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión: pacientes

adultos mayores con un rango edad entre 60 a 80 años, con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2 por más de seis meses, no insulino dependientes; y se excluyó a los pacientes diabéticos con otras comorbilidades, que participen en la prueba piloto y no tengan la capacidad cognitiva para comprender y responder las preguntas planteadas en las entrevistas.

Se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia³³ ya que los participantes fueron elegidos de acuerdo con el interés del investigador y según los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se le asignó un seudónimo a cada participante el cual fue “el nombre de un árbol”, tenían entre 61 a 79 años y todos tenían personas de apoyo a excepción de un adulto mayor. A continuación, se detallan otros datos generales de los sujetos de estudio. (Ver tabla N° 1)

Tabla N°1: Datos generales y seudónimos de identificación de los adultos mayores del centro de salud José Olaya

N°	Seudónimo	Edad	Sexo	Estado civil	Religión	Grado de instrucción	Tiempo de enfermedad
01	Pino	71	F	Viuda	Católica	Primaria completa	26 años
02	Cerezo	62	F	Soltera	Católica	Secundaria incompleta	15 años
03	Roble	63	F	Viuda	Católica	Secundaria incompleta	10 años
04	Álamo	62	F	Viuda	Católica	Auxiliar técnica	9 años
05	Olivo	65	M	Casado	Católico	Secundaria completa	25 años

06	Abedul	69	F	Casada	Católica	Secundaria incompleta	20 años
07	Manzano	61	M	Casado	Católico	Primaria completa	15 años
08	Abeto	79	M	Casado	-	Primaria incompleta	30 años
09	Cedro	63	M	Casado	Católico	Superior	30 años
10	Nogal	61	F	Conviviente	Católico	Primaria Completa	1 año
11	Ceibo	71	F	Viuda	Católica	Primaria completa	30 años
12	Jacarandá	63	F	Viuda	Evangélica	Primaria completa	10 años

Fuente: Elaboración propia resultados de entrevista semiestructurada (datos generales)

El estudio se llevó a cabo en el servicio de prevención y control de Daños no Transmisibles del centro de salud José Olaya, situado en la Av. Salaverry N° 317-319 convirtiéndolo en un punto accesible para los habitantes de Chiclayo. Según InfoSUSALUD³⁴ este centro de categoría I-3, está distribuido en veinticinco áreas, ofrece servicios de consulta externa y emergencias, con atención las 24 horas y cuenta con camas de internamiento, fue seleccionado debido a que ofrece atención primaria a población vulnerable, incluyendo a adultos mayores con enfermedades crónicas, dando lugar a que se investigue cómo estos pacientes manejan su condición y porque aún no se han realizado estudios en este lugar sobre las experiencias de los adultos mayores relacionadas a las barreras en su autocuidado.

Se utilizó la entrevista semiestructurada³⁵, la cual permitió recoger información detallada sobre las barreras percibidas, brindando flexibilidad para realizar preguntas adicionales y profundizar en temas de interés durante su desarrollo, estas se realizaron en el domicilio de los participantes en horarios previamente coordinados, registrando las respuestas en una grabadora con el consentimiento informado del paciente (Ver anexo N° 1). El instrumento utilizado fue una guía de entrevista semiestructurada (Ver anexo N° 2) conformada por datos generales y 9 preguntas abiertas alienadas al objetivo de estudio elaborada por la investigadora con el apoyo de una asesora con experiencia en investigación cualitativa.

Además, el instrumento fue sometido a validación por juicio de expertos realizada por parte de tres jueces (Ver anexo N° 3), dos de ellas con grado de doctor con 18 años de servicio y la tercera con 35 años de servicio y maestría en Bioética, lo que permitió perfeccionar la formulación de las preguntas y asegurar que la entrevista mantuviera claridad, objetividad, organización y coherencia.

La investigación se registró inicialmente en el Sistema de Gestión de Investigación de la USAT; después de recibir la aprobación de los miembros del jurado de tesis, solicitando después la evaluación por el CIE de la universidad, por medio de la resolución N° 033-2025-USAT-FMED (Anexo N° 4) para la debida aprobación y la consiguiente ejecución. Se realizó la prueba piloto a 3 adultos mayores con diagnóstico de DM2 que se realizan su control en el servicio de DNT del centro de salud José Olaya, a fin de verificar que las preguntas fueran comprensibles, lo cual garantizaron que el instrumento fuese adecuado y efectivo antes de su aplicación en la recolección de datos definitivos.

Luego se solicitó la autorización correspondiente en la Gerencia Regional de Salud Lambayeque (Ver anexo N° 5) para realizar el estudio en el lugar seleccionado, cumpliendo de esta manera con todos los requisitos para la realización de la investigación sin contratiempos.

En el proceso de recolección de datos surgieron dificultades que afectaron su desarrollo, entre ellas, la necesidad de reprogramar algunas entrevistas debido a la disponibilidad de tiempo de los participantes como de la propia investigadora. En algunos casos, las entrevistas fueron interrumpidas por ruidos ambientales a pesar de que previamente se preparó un espacio adecuado, lo que obligó a repetir ciertos fragmentos con el fin de asegurar una adecuada comprensión de las respuestas. Ante estas situaciones se recurrió a estrategias que permitieron culminar la entrevista de la mejor manera.

La ejecución de las entrevistas se realizó desde el 03 de marzo hasta el 22 de marzo, donde se acudió a la estrategia de daños no transmisibles de dicho centro de salud y se contactó con los adultos mayores que estaban en sala de espera, se les explicó el objetivo del estudio y tras

manifestar su interés en participar se les pidió su número de celular para programar la fecha, lugar y hora de la entrevista considerando su disponibilidad, para mayor comodidad y privacidad. El día acordado, se procedió a la lectura del consentimiento informado el cual fue firmado voluntariamente por el participante quien respondió las preguntas planteadas con tranquilidad en un ambiente adecuado. Al finalizar, se agradeció su participación y se les entregó un díptico sobre el autocuidado de la DM2 (Ver anexo N° 6). Concluida la primera entrevista, se continuó con la misma modalidad de captación hasta alcanzar un total de doce participantes, de las cuales, 3 fueron en el centro de salud y 9 en los hogares de los participantes.

Se emplearon seudónimos para referirse a los sujetos de estudio garantizando el criterio de confidencialidad³². Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 20 minutos, fueron grabadas mediante un grabador de voz, transcritas posteriormente en documento Word y enviadas para ser verificadas por los mismos participantes, lo que les permitió comprobar la exactitud de lo registrado y realizar aclaraciones o añadir información si lo consideraban necesario, cumpliendo así con los criterios de credibilidad y confirmabilidad³².

La información recopilada fue almacenada en Google Drive, donde permanecerá resguardada por un periodo de dos años, transcurrido ese tiempo, se procederá a su eliminación definitiva, garantizando el criterio de auditabilidad³².

De igual forma, se cumplió con el criterio de transferibilidad³², brindando información detallada acerca de la población que participó en el estudio y el contexto en el que se desarrolló, con el objetivo de garantizar resultados e información completa que pudieran ser aplicados en otros escenarios.

Se utilizó un análisis de contenido temático³³, dado que permitió identificar y organizar de manera coherente la información recogida en la aplicación de la entrevista, y se estructuró de acuerdo con las tres etapas que conforman el proceso.

En la etapa de preanálisis se realizó una revisión detallada y repetida de las transcripciones, con la finalidad de familiarizarse con el tema de investigación, mediante la técnica de colores y también se buscó algún error de transcripción o redacción, eliminando muletillas, cacofonías o aspectos que no estuvieran relacionados con la investigación y a partir de ello se elaboró una lista de temas que reflejen aquello que los entrevistados quieren expresar.

En la etapa de codificación, se asignó palabras clave que describen la percepción expresada por los participantes, identificando segmentos de interés que reflejan barreras específicas para el autocuidado, en total se obtuvieron 40 códigos. Posteriormente, en la última etapa de categorización, se agruparon en categorías lo que permitió comenzar a estructurar la información de manera coherente y facilitar la interpretación, y se verificaron los que no se

relacionen directamente la percepción de las barreras en el autocuidado. En total fueron clasificados en 3 categorías y a partir de ello se dio paso a la discusión de resultados (Ver anexo N° 7).

Se aplicaron los principios éticos personalistas³⁶. En primer lugar, se respetó el valor fundamental de la vida, asegurando que las personas entrevistadas no estuvieran expuestas a ningún tipo de amenaza al participar en la investigación, salvaguardando continuamente su seguridad personal y su salud física. Las entrevistas se realizaron en un entorno seguro, cómodo y adecuado, en concordancia con la edad y condición física de cada participante. Además, se respetó la privacidad mediante el uso de un seudónimo “El nombre de un árbol” para su identificación.

Asimismo, se consideró el principio de libertad y responsabilidad, garantizando que la participación en el estudio fuera completamente voluntaria y sin ningún tipo de coacción. Para ello, se presentó un consentimiento previo en el que se explicó el propósito de la investigación, asegurando la autorización de los participantes. Al concluir la entrevista, se les entregó material educativo sobre el autocuidado de la diabetes tipo 2 como reconocimiento a su contribución, con la intención de aportar conocimiento y fomentar el empoderamiento.

Por último, para evidenciar la distribución de esta investigación y respetar la autoridad de la literatura revisada, el proyecto incluyó un reporte de similitud menos del 25%.

Resultados

A partir del análisis de los datos procesados, emergieron descubrimientos significativos en concordancia con los objetivos del estudio.

Categoría 1: Barreras relacionadas con la alimentación

En el estudio se evidencia que la mayoría de los adultos mayores con DM2 comprenden la importancia de una alimentación adecuada, pero enfrentan diversas dificultades para mantenerla. De igual manera, se reporta que el deseo por alimentos prohibidos y la adaptación a nuevos hábitos dificulta el autocuidado; además, el alto costo y la escasez de alimentos limitan la adherencia a la dieta, así como situaciones que complican la preparación de alimentos. Esta se divide en tres subcategorías:

Subcategoría 1.1: Dificultad para mantener la dieta (antojo)

La mayoría de los participantes expresa dificultades para adherirse a las indicaciones alimenticias recomendadas y aunque existe el conocimiento sobre lo que se debe evitar, adaptarse les resulta complicado debido a los antojos, la costumbre de consumir ciertos alimentos y la falta de opciones que les resulten satisfactorias. La tentación por los alimentos prohibidos es frecuente, así como la sensación de frustración o pena por no poder disfrutar de las comidas que acostumbraban. A pesar de los esfuerzos, el cumplimiento no es constante.

A continuación, se presentan algunos testimonios que lo reflejan:

“... lo más difícil para mí es la dieta, porque a veces me provoca comer. Me cuesta un poco evitarlos, a mí me gusta mucho la arepa, porque soy venezolana y a veces la como ...” (CEREZO)

“... al inicio fue difícil porque me prohibieron muchas cosas, especialmente el azúcar, y aunque no era muy dulcera, cuando había cumpleaños y quería comer torta sí me chocaba. A veces me siento incómoda, especialmente cuando me provoca lo que ellos comen, como carne roja, que sé que no debo consumir ...” (ÁLAMO)

“... el doctor me dijo que no debo comer pan, camote, yuca, arroz ni otros alimentos, pero a veces me descuido. Me provoca comer cosas como un pollito a la brasa, y mis hijas me llevan a comer. Es difícil, porque uno se contiene, sabe que le hacen mal, pero de vez en cuando está la tentación ...” (JACARANDÁ)

“... aunque intento evitar el arroz y el pan, a veces no tengo más opción. También me da hambre en las noches y quisiera comer algo rico. A veces mi familia está comiendo pan con queso o arroz con menestra, y yo tengo que comer mi pollo sancochado con ensalada. Me dan ganas de comer lo mismo ...” (CEIBO)

Subcategoría 1.2: Limitaciones en el acceso de alimentos adecuados

La mayoría de los participantes manifiesta que los alimentos recomendados para el autocuidado como frutas, verduras o pescados son costosos o escasos en su entorno, lo que los obliga a recurrir a opciones menos saludables, lo cual, evidencia una brecha entre el conocimiento de la dieta adecuada y la posibilidad real de cumplirla, limitando la adherencia al tratamiento

Los siguientes relatos dan cuenta de ello:

“... dicen que tengo que comer sano, pero ¿con qué dinero? Todo está caro. Las frutas buenas y el pescado fresco cuestan bastante, y si no alcanza, ¿qué más queda? Vuelvo a lo que tengo y comía antes ...” (ROBLE)

“... es un poco complicado, quisiera seguir la lista de alimentación que me dieron, pero algunas cosas, como el atún dietético, no las puedo comprar. Así que me ajusto a lo que tengo. Ha habido momentos difíciles, donde tuve que comer lo que podía, como arroz y tortillas...” (ÁLAMO)

“... a veces me resulta difícil seguir mi dieta porque no siempre tengo lo necesario para cocinar. No hay lugares cercanos donde comprar los alimentos que necesito, tendría que ir hasta el mercado, y eso complica las cosas. En esos casos, como lo que hay ...” (ABEDUL)

“... además, ser diabético es caro, tengo que comprar verduras y todo está más caro que antes. Al no tener dinero, es difícil mantener la dieta, las cosas se complican porque hay que comprar los alimentos adecuados y se necesita bastante dinero ...” (CEDRO)

“... no es fácil porque las cosas saludables son caras. A veces quiero comprarme frutas o verduras, pero si no alcanza el dinero, tengo que comer lo que hay ...” (CEIBO)

Subcategoría 1.3: Dificultad en la preparación de alimentos

Los participantes reportan dificultades para adaptar la preparación de sus comidas, ya sea por limitaciones físicas, falta de apoyo constante o costumbre alimentaria. Muchos deben ajustarse a lo que cocina la familia, dificultando seguir una dieta personalizada. Además, cambiar hábitos de alimentación arraigados genera resistencia y confusión, especialmente cuando deben cocinar para otros o cuando la familia no puede brindar un soporte alimentario diferenciado.

Esto se evidencia en los siguientes testimonios:

“... a veces yo cocino y sirvo el almuerzo, pero llevar los platos no puedo, siento que se me van a caer y me cuesta coger bien las cosas porque tengo las manos adormecidas ...” (ABEDUL)

“... es difícil porque te prohíben el azúcar, la sal, otros tipos de alimentos. Entonces, un poquito que cuesta después porque uno comía de todo. Ya no es como antes que comía bastantes frutas, carnes, diferentes tipos de comida. Hay cosas que mi familia prepara para mí y diferente a lo que ellos comen, pero eso no es de todos los días. La mayoría de las veces comemos casi igual ...” (MANZANO)

“... cambiar mi alimentación de un momento a otro me costó bastante. porque estaba acostumbrado a comer bastante arroz, chanco, ceviche y sopa, no comía verduras, solo lo que me gustaba. Ahora tengo que reducir las porciones y comer ensaladas. Antes comía arroz con huevo o con lo que hubiera, pero ahora no puedo hacer eso ...” (CEDRO)

“... en la casa todos comemos lo mismo. Mi hija cocina para todos, pero ella trabaja todo el día, así que no siempre puede hacer algo especial para mí ...” (CEIBO)

Categoría 2: Barreras relacionadas con la actividad física

Se identificó que muchos adultos mayores participantes no realizan ejercicio de manera regular debido a la rutina diaria, la falta de tiempo o motivación y asocian el movimiento solo con tareas cotidianas. Además, se observan limitaciones físicas como dolores, fatiga o miedo a caídas, que reducen su movilidad e impiden mantener un nivel adecuado de actividad. Esta se divide en dos categorías:

Subcategoría 2.1: Actividades diarias que limitan el ejercicio

La mayoría de los participantes reconoce no realizar ejercicio de forma regular debido a factores como la falta de tiempo, la rutina diaria, la fatiga o la pérdida de continuidad. Algunos asocian su actividad física únicamente con tareas cotidianas como caminar, limpiar o trabajar, lo que refleja una percepción limitada del ejercicio estructurado y una dificultad para incorporar hábitos de actividad física constante.

Tal como lo expresan los participantes a través de sus testimonios:

“... sí realizo ejercicio, pero no continuo, a veces me olvido. Después de almorzar, me pongo a ver televisión, me da sueño y ya no hago ejercicio ...” (PINO)

“... no hago ejercicio. El ejercicio lo hago bajando y subiendo las escaleras, no tengo problema con eso. No es que no me guste ni nada, pero a veces como me levanto tarde no lo hago ...” (CEREZO)

“... hago taxis, me bajo a limpiar mi carro o estoy por ahí limpiando. El doctor me recomendó, que tengo que estar en actividad, porque por mi trabajo solo estoy sentado. Pero a veces me da flojera y no salgo ...” (OLIVO)

“... no hago ejercicio regularmente porque no me gusta salir, a veces aquí en mi casa me muevo un poco, me agacho, muevo los brazos, pero nada más. A veces no puedo por el tiempo, porque voy al mercadito a comprar y luego viene gente a casa ...” (NOGAL)

Subcategoría 2.2: Obstáculos físicos y funcionales

Se evidencian limitaciones físicas significativas que dificultan la práctica del ejercicio, como dolores en las piernas, caderas o cintura, cansancio rápido y miedo a caídas. Estas barreras, muchas veces derivadas de problemas de salud previos o del avance de la edad, reducen la movilidad de los participantes y restringen su capacidad para mantenerse activos.

Reflejado en las siguientes declaraciones:

“... no puedo subir ni bajar escaleras en la posta porque me duelen mucho las piernas. Salir también se me ha hecho más difícil, ya no salgo a la calle, solo cuando me llevan a la posta o al hospital, porque no puedo viajar sola, tengo que ir con otra persona que me acompañe. No hago ejercicio, siento mis piernas que no me permiten caminar y tengo miedo a caerme porque ya me he caído antes. Hay un parquecito acá a la vuelta, pero me da flojera y no salgo ...” (ABEDUL)

“... caminar me resulta complicado por un problema en la cadera, por un accidente de tránsito que tuve hace un tiempo. Si no tuviera esta dificultad en la pierna, podría hacer algún tipo de ejercicio, pero esa limitación me lo impide ...” (ABETO)

“... para ser sincera, no hago nada de ejercicio. Antes caminaba al mercado, iba a visitar a mis hijas, mis amigas, pero ahora ya no tanto. Me canso rápido, me duelen las piernas, a uno a veces siente flojera, o hay días que me duele mucho la cintura ...” (ROBLE)

“... antes caminaba más, pero ahora me duelen las piernas y me canso muy rápido. También me cuesta mucho subir hasta el tercer piso del centro de salud cuando voy a mi consulta. La doctora me dice que debo hacer ejercicio, pero cuando intento caminar mucho, termino con dolor en las rodillas. Antes podía hacer más cosas, pero ahora tengo que descansar más ...” (CEIBO)

Categoría 3: Factores sociales y emocionales que afectan el autocuidado

Los resultados muestran que los adultos mayores con diabetes enfrentan dificultades que trascienden lo físico, debido a que se evidencian percepciones negativas de sus familiares que generan críticas y presiones durante reuniones. Asimismo, las emociones como miedo, ansiedad, tristeza y cansancio disminuyen la motivación, mientras que un apoyo social insuficiente los hace sentir solos en el manejo de su enfermedad.

Subcategoría 3.1: Percepción negativa de familiares

Algunos participantes sienten que sus familiares no comprenden completamente las restricciones alimenticias que deben seguir, lo que genera bromas, críticas o comentarios despectivos. Además, enfrentan presiones sociales durante reuniones familiares o celebraciones, donde el deseo de adaptarse a las costumbres alimenticias comunes choca con las recomendaciones médicas, lo que aumenta la dificultad de adherirse al tratamiento.

Lo pone en evidencia los siguientes relatos:

“... mis hijos a veces pelean porque dicen que estoy comiendo poco, que por eso he adelgazado y que esas dietas me van a matar ...” (CEREZO)

“... mi familia me apoya, aunque a veces lo hacen con bromas. Se ríen y me preguntan hasta cuándo seguiré comiendo diferente, porque ya no como igual que ellos. En diciembre, me sugirieron darme un gustito de vez en cuando, aunque me da miedo que me haga daño ...” (ÁLAMO)

“... cuando mis amigos sacan licor, tengo que decirles que no y regresarme a mi casa. Incluso en la fiesta de cumpleaños de mi mamá, prepararon arroz con pato, ceviche, y me doy el gusto, pero eso me cuesta. Navidad y Año Nuevo es cuando más sufro, porque como lo mismo que el resto y eso hace que me suba la glucosa. Mi mamá me dice: “por una vez, hijito”, pero para mí no es tan simple ...” (CEDRO)

Subcategoría 3.2 Factores emocionales que dificultan el autocuidado

Los participantes experimentan altos niveles de ansiedad, preocupación y miedo relacionados con las posibles complicaciones de la diabetes, como la pérdida de la vista, amputaciones o el deterioro general de la salud. Estos temores generan angustia y tristeza, lo que dificulta la adherencia a las recomendaciones de autocuidado. Además, el cansancio emocional y la falta de ánimo son barreras importantes, ya que los participantes sienten que la enfermedad les ha robado su vitalidad y bienestar, afectando negativamente su capacidad para mantenerse motivados en su autocuidado.

Se expresa en las siguientes manifestaciones:

“... me preocupa, porque sé que esta enfermedad no es fácil. Una escucha que, si no se cuida, puede perder la vista o incluso que le corten un pie esas cosas asustan. Me levanto cada día y trato de hacer lo mejor que puedo, aunque no siempre lo logro. El cansancio me gana, o me da tristeza recordar que antes era más fuerte, que salía sin problema, y ahora tengo que cuidar hasta lo que como. Eso desanima ...” (ROBLE)

“... la diabetes me preocupa bastante, sobre todo cuando vi que mi glucosa subió. No quiero llegar al punto de necesitar insulina. Me asusta que esto se complique y termine en algo más grave, como diálisis o amputaciones. Me siento angustiada estos días y creo que eso también ha afectado mi glucosa, pero no cuento nada para no preocuparme más ...”. (ÁLAMO)

“... uno se cansa, no tiene ánimo para nada, a veces me desespero por la enfermedad, que no puedo ni quiero hacer nada. Uno piensa en sus hijos, en el futuro que uno tiene, pienso si me voy a enfermar o morir con esta enfermedad. Lo más difícil para mí es aceptar que la diabetes ya no se puede curar, siento que esta enfermedad se ha quedado en mi cuerpo para siempre. A veces pienso que ya debería sanarme, pero no es así ...” (NOGAL)

“... me preocupa bastante. A veces me siento triste porque veo que no mejoro, y eso me da miedo que un día me sienta muy mal y nadie esté en casa para ayudarme. Me gustaría salir más, pero me da miedo enfermarme ...” (CEIBO)

Subcategoría 3.3 Apoyo social insuficiente

Los participantes expresan la necesidad de contar con más apoyo social, tanto de familiares como de grupos específicos para personas con diabetes. Si bien algunos reciben ayuda ocasional de sus seres cercanos, la mayoría se siente sola en el manejo de su enfermedad, es por lo que existe el deseo de crear espacios de apoyo mutuo donde se pueda recibir orientación, consejos y motivación para afrontar mejor la diabetes, lo que refleja una carencia en el apoyo social que podría facilitar su adherencia a las recomendaciones de autocuidado.

Así lo indican los siguientes testimonios:

“... sería bonito formar un pequeño grupo de personas con diabetes donde nos den ejercicios, consejos, y nos enseñen cómo sobrellevar la enfermedad, podría motivar y ayudar a más personas, no solo a mí. De alguna manera, eso es lo que me falta, porque sola no es tan fácil ...” (ÁLAMO)

“... quiero poder contar con más apoyo de mi familia, para seguir cuidándome mejor. Aunque trato de mantener una rutina diaria con mis alimentos, el apoyo constante de ellos puede hacer que todo sea más fácil ...” (ABETO)

“... casi con mis hermanas no somos muy allegadas. Así que no tengo mucho apoyo de ellas. todo lo hago solita. Yo me cuido sola, no tengo mucha ayuda ...” (NOGAL)

“... mi hija me ayuda cuando puede, pero la mayor parte del tiempo me cuido sola. Sí, me gustaría que alguien me acompañe al hospital, me ayuden con mi comida y que hubiera grupos de apoyo, porque uno se siente solo con esta enfermedad ...” (CEIBO)

Discusión

Este estudio contribuye a la investigación para describir en la primera categoría sobre las **barreras relacionadas con la alimentación**, se centra en detallar como la dieta representa una barrera significativa para el autocuidado, a pesar de su conocimiento de un régimen alimenticio adecuado debido a los antojos, falta de recursos económicos y las dificultades de preparar comidas saludables. Desencadenando la primera subcategoría dificultad para mantener la dieta, los resultados expusieron que se reconocen las indicaciones alimenticias por parte de los participantes, pero les dificulta cumplirlas de manera constante causado principalmente por los antojos, hábitos arraigados y la falta de alternativas satisfactorias generando así frustración y desánimo.

Al respecto, en un estudio de Numsang et al.³⁷, observaron que conocían la dieta saludable pero no podían seguir los consejos del médico porque sienten antojos y deseos fuertes de comer ciertos alimentos especialmente los que son dulces y salados, disfrutaban comerlos, los hacían sentirse llenos y con energía para hacer sus quehaceres. Asimismo, Amboz et al.³⁸, indicaron que ellos expresaban disposición a seguir la dieta, pero mencionaban que la tentación podía mucho más y que no les agradaban ciertos alimentos recomendados aumentando la dificultad de adherirse al régimen nutricional sugerido. En el estudio de Tripathi et al.³⁹, describen a este comportamiento como desinhibición alimentaria, reflejando que el conocimiento no siempre se traduce en acción, especialmente cuando intervienen factores tanto emocionales como sociales, siendo difícil el poder resistirse a ciertos alimentos por costumbre o placer.

Los resultados del presente estudio concuerdan con los resultados anteriormente reportados, al evidenciar que, si bien los adultos mayores conocen las recomendaciones de los profesionales de salud, la adherencia se limita por diversos factores y en los testimonios se observa el deseo de consumir ciertos alimentos que interfieren con el cumplimiento de la dieta, destacándose la dificultad para evitar comidas tradicionales o apetecibles a pesar de conocer sus efectos. Se reafirma que la dieta no solo implica un cambio en lo alimentario, sino también en las costumbres del paciente, representando una barrera significativa para su autocuidado.

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten comprender que, a pesar de existir una disposición inicial para seguir las recomendaciones nutricionales, muchos participantes terminan cediendo ante las tentaciones. La mayoría de ellos proviene de entornos donde las costumbres alimenticias están arraigadas al igual que sus decisiones cotidianas; muchos tienen décadas conviviendo con la enfermedad, lo que evidencia que han desarrollado hábitos difíciles de modificar, por lo que considero que el conocimiento sobre lo que se debe hacer no garantiza necesariamente su cumplimiento y recomiendo al personal de salud, promover intervenciones que considere estos aspectos culturales y emocionales, brindando estrategias realistas y adaptadas a las costumbres del paciente, sin generar frustración o sensación de castigo.

Con respecto a la segunda subcategoría limitaciones en el acceso de alimentos adecuados se menciona que existe una diferencia entre lo que los pacientes saben que deben comer y lo que realmente pueden consumir debido a las condiciones del entorno como limitaciones económicas y de acceso, lo cual dificultan que sigan el tratamiento adecuadamente, por lo que se ven forzados a elegir alimentos menos saludables.

Esto se evidencia en el estudio de Walker et al.⁴⁰, donde los participantes enfrentaban dificultades para evitar productos no recomendados debido a la escasez de frutas, verduras y otros alimentos apropiados en su entorno. Por otro lado, Opisa y Reid⁴¹, identificaron que había

dificultades para adquirir productos como cereales integrales, frutas y verduras, debido a su alto costo o su escasa disponibilidad en el entorno. A ello se suma el estudio de Stotz et al.⁴², donde los participantes señalaron que el alto costo de los alimentos frescos dificultaba la adquisición de una dieta saludable, mucho más en contextos de pobreza y en zonas donde el acceso a supermercados es escaso o inexistente, por lo que compran en tiendas de bajo costo alimentos procesados o comida rápida por la falta de tiempo y búsqueda de conveniencia.

Los resultados obtenidos respaldan lo descrito en la literatura, al evidenciar que barreras como el bajo nivel económico, la escasa disponibilidad de productos saludables (frutas, verduras, pescado y cereales integrales) y la dificultad para acceder a mercados o supermercados obliga a muchas personas a recurrir a opciones menos saludables, como productos procesados o de bajo valor nutricional, debido a su bajo costo, fácil acceso y rápida preparación, aun siendo consciente de los alimentos que se deberían consumir para cuidar su salud pero las condiciones del entorno muchas veces impiden llevarlo a la práctica.

Ante este panorama, el personal de enfermería debe asumir un rol activo no solo brindando recomendaciones generales, sino enseñar estrategias de preparación de alimentos saludables con insumos disponibles localmente, de igual manera, se recomienda empoderar a los adultos mayores para se identifiquen alternativas viables, promoviendo su autonomía y reforzando su capacidad para tomar decisiones más saludables dentro de sus posibilidades y así favorecer una mayor adherencia al autocuidado y reducir las desigualdades en salud.

En relación con la tercera subcategoría dificultad en la preparación de alimentos se testifica que los pacientes enfrentan dificultades en la preparación de comidas saludables debido a factores personales y con su entorno familiar como las limitaciones físicas, las costumbres alimentarias y la falta de apoyo. Además, necesitan ajustarse a lo que cocina la familia y resistirse al cambio de hábitos complicando aún más el cumplimiento de una dieta personalizada, afectando negativamente el autocuidado.

Los hallazgos del estudio de Brega et al.⁴³, evidencian que muchos adultos mayores enfrentan barreras en la preparación de sus comidas, por la falta de habilidades culinarias, escaso apoyo familiar y un entorno que no facilita practicas alimentarias saludables, reforzando la idea de que la capacidad percibida para organizar y seleccionar alimentos es clave en su autocuidado. De acuerdo con los hallazgos de Eglseer et al.⁴⁴, muchos de ellos no contaban con apoyo constante y dependían de lo que la familia preparaba recibiendo comidas inapropiadas, ya sea por falta de variedad, porciones inadecuadas, horarios poco ajustados y sin considerar sus preferencias. Además, Mokaya et al.⁴⁵, muestra como algunos participantes manifestaron que ciertos alimentos saludables, como los vegetales, no les resultaba agradables debido a su

preparación monótona, mencionaron que la falta de conocimientos o técnicas de preparación impactaba negativamente en su adherencia a una alimentación adecuada.

Lo reportado anteriormente concuerdan con los resultados obtenidos, la preparación de alimentos saludables representa una barrera significativa para los adultos mayores, especialmente cuando existen limitaciones físicas, desconocimiento culinario y dependencia del entorno familiar debido a que muchos de ellos no tienen control de lo que se cocina en casa, obligando a ajustarse a comidas que no siempre responden a sus necesidades nutricionales. Además, la resistencia al cambio de hábitos alimentarios y la falta de variedad en las preparaciones generan frustración dificultando aún más la adherencia a una dieta adecuada.

Ante ello, se recomienda al personal de enfermería incorporar intervenciones en sus sesiones educativas dirigidas tanto a los adultos mayores como a sus familiares o cuidadores, enfocadas en la preparación sencilla, variada y económica de alimentos saludables. Además, sería útil brindar material visual con recetas adaptadas a las posibilidades del hogar, promoviendo la participación del paciente en la planificación de sus comidas, para fortalecer la capacidad práctica y el compromiso familiar, logrando una alimentación adecuada.

En la segunda categoría **barreras relacionadas con la actividad física** los resultados describen que, aunque los participantes entienden que el ejercicio es parte del autocuidado, no logran integrarla de manera cotidiana debido a que muchos lo asocian solo con las tareas del hogar, sin considerarla como un hábito. De esta forma, el cansancio, la falta de motivación y la rutina dificultan más su práctica, sumando las limitaciones físicas que les impiden moverse con seguridad. Generándose la primera subcategoría actividades diarias que limitan el ejercicio lo más relevante es que la actividad física no se percibe como una práctica prioritaria, sino como una consecuencia de las tareas diarias, revelando una idea equivocada del ejercicio, donde el cansancio, la rutina y la falta de tiempo impiden que se incorporen nuevas formas de actividad corporal que favorezcan su condición de salud.

En el estudio de Jasmine y Harihara⁴⁶ se identificó que las exigencias del día a día compiten con el tiempo destinado al autocuidado, llevando a una percepción errónea de que las actividades domésticas o laborales son suficientes para reemplazar el ejercicio, dificultando la adopción de hábitos saludables. Entre estas Craddock et al.⁴⁷, mencionan como barreras el poco tiempo disponible, los horarios laborales, la falta de motivación y la presencia de problemas de salud física que tienen los pacientes. Asimismo, Andrade et al.⁴⁸, expresan que los mismos participantes reconocían que el cuidado de nietos o familiares y el cansancio acumulado interfería con la práctica del ejercicio, pero aun así mostraban una disposición favorable a adoptar prácticas de autocuidado al comprender su importancia.

Se comparte la postura de los autores revisados, existe una percepción distorsionada sobre lo que implica realmente una actividad beneficiosa para la salud, limitando la incorporación de ejercicios que podrían mejorar su condición física y controlar mejor su enfermedad. Se observa, además, una idea generalizada de que cumplir con las labores diarias es suficiente para mantenerse activo, contribuyendo a la baja adherencia de la práctica física.

Los participantes reconocen la importancia del ejercicio en el manejo de su salud y si bien, existen limitaciones reales, también hay disposición para adoptar conductas más saludables. En ese contexto, se recomienda que las enfermeras del centro de salud brinden una orientación clara, acompañadas de estrategias motivacionales y propuestas adaptadas a la realidad de los pacientes para superar así las barreras percibidas e impulsar el compromiso con el autocuidado físico.

En lo que respecta a la segunda subcategoría obstáculos físicos y funcionales se demuestra que hay problemas físicos como dolores, debilidad o temor a caerse que impiden a los participantes ejercitarse, estas limitaciones son propias de su edad o problemas de salud previos, dificultan su movilidad y causan desmotivación para mantener una rutina activa.

Esto se evidencia en el estudio de Zhou et al.⁴⁹, señala que los problemas físicos generan una percepción negativa y disminuyen la capacidad de mantener una rutina activa, es por lo que los pacientes con baja autoeficacia para el ejercicio tienden a mostrar poca confianza para superar dichas limitaciones físicas, adoptando actitudes pasivas frente a su autocuidado. Tal como señalan Wang et al.⁵⁰, quienes identificaron que esta población, debido al deterioro neuromuscular propio del envejecimiento y de la progresión de la diabetes presenta limitaciones musculares y funcionales, especialmente en las extremidades inferiores, restringiendo su movilidad y afectando su capacidad para realizar ejercicio. En esa misma línea, Lee y Halter⁵¹, mencionan que estos factores aumentan el riesgo de deterioro funcional, lo que conlleva restricciones en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Los hallazgos del estudio confirman que dolencias como el dolor, la debilidad muscular y el temor a caídas limitan su movilidad y si bien es cierto, muchas de estas barreras pueden atenuarse con estrategias adecuadas, uno de los grandes problemas radica en que, ante estas dificultades, algunos adultos mayores desarrollan un pensamiento erróneo sobre su capacidad para mantenerse activos que los lleva a dejar de intentar, contribuyendo a una mayor dependencia y al deterioro progresivo de su funcionalidad.

En este escenario, el personal de enfermería no solo debe recomendar ejercicio, sino trabajar en conjunto con el paciente para establecer metas pequeñas, como caminatas breves, ejercicios

en casa o estiramientos sencillos. Asimismo, educarlos para que reconozcan que mantenerse activos no implica exigencias extremas, sino adoptar movimientos adecuados a su condición al menos unos minutos al día y celebrar sus logros por más mínimos que sean, puede marcar una diferencia en su actitud frente al autocuidado físico.

En la tercera categoría **factores sociales y emocionales que afectan el autocuidado** los resultados describen que muchos enfrentan comentarios negativos o falta de comprensión por parte de sus familiares, lo que les genera presión y dificultad para seguir con las indicaciones médicas, especialmente en el contexto social. Además, predominan sentimientos de miedo, tristeza y ansiedad frente a las posibles complicaciones de su enfermedad, debilitando su motivación, sumando a ello la percepción de un escaso apoyo familiar y comunitario.

Referente a la primera subcategoría percepción negativa de familiares se hace evidente que el entorno familiar, algunos participantes no encuentran la comprensión ni el apoyo necesario para enfrentar las exigencias de autocuidado. Su falta de empatía o el desconocimiento sobre la importancia de seguir la dieta, puede generar un impacto negativo en el adulto, ya que, en lugar de ayudar, estas actitudes lo colocan en una situación de vulnerabilidad emocional obligándolo a decidir cuidar su salud o mantener su vínculo social.

Los hallazgos de Vallis et al.⁵², evidencian que los pacientes alguna vez se ha sentido tratado como si estuviera constantemente enfermo, haber sido excluido socialmente o considerado de no poder realizar sus actividades, lo cual genera sentimientos de inferioridad y afecta su autoestima. Asimismo, Berhe et al.⁵³ señalaron que las decisiones alimentarias de los pacientes con DM2 estaban muy influenciadas por su entorno social (amigos, vecinos y familiares) los cuales ejercían presión para consumir alimentos no saludables. Sumando lo anterior, Lamptey et al.⁵⁴, identificaron que especialmente en eventos sociales donde buscan integrarse y evitar el rechazo, las recomendaciones nutricionales pueden oponerse a las tradiciones socioculturales del entorno, causando incomodidad y resistencia.

Los hallazgos de presente estudio concuerdan con lo antes expuesto, al mostrar que la influencia familiar y social se puede convertir en un obstáculo significativo para el autocuidado debido a la falta de apoyo, la presión por mantener costumbres alimentarias y la percepción negativa de la enfermedad las cuales genera en los adultos mayores sentimientos de incompreensión, frustración y exclusión.

Se pone en evidencia con esta situación la necesidad de que el personal de enfermería no oriente solo al paciente, sino que involucre al entorno familiar en el proceso de educación y acompañamiento, del mismo modo, fomentar la empatía y comprensión sobre la importancia del autocuidado.

Tratándose de la segunda subcategoría denominada factores emocionales que dificultan el autocuidado se deja ver que el temor constante a las posibles complicaciones de la enfermedad desencadena un malestar emocional profundo, afectando directamente la motivación para cuidarse. La ansiedad y la tristeza surgen como reacciones ante su diagnóstico el cual es percibido como una amenaza a su autonomía y bienestar, agregando que esta carga emocional al no ser gestionada adecuadamente debilita el compromiso con las recomendaciones médicas.

Visto eso, Ngamdee et al.⁵⁵, identificaron que el cansancio emocional, la ansiedad y la falta de motivación dificultaban la adherencia al autocuidado. La percepción de que su enfermedad ha afectado negativamente en su bienestar general y calidad de vida, generando una actitud de resignación al priorizar el desánimo diario en lugar de las recomendaciones médicas. En otra investigación realizada por Chan et al.⁵⁶, se identificaron emociones negativas como las mencionadas anteriormente, agregando el miedo a las complicaciones como amputaciones o pérdida de la visión y se sienten angustiados por la progresión de la enfermedad, reduciendo su capacidad de mantener hábitos saludables incluso cuando conocen las consecuencias de un mal autocuidado. Asimismo, en el estudio de Kumar y Mohammadnezhad⁵⁷, se destacó que el estrés emocional es común en estos pacientes, especialmente en aquellos que se sentían solos o abandonados por sus familiares, limitando aún más su capacidad para cuidarse adecuadamente.

Del mismo modo con lo antes señalado, los resultados de la investigación muestran cómo el impacto emocional de la enfermedad, el temor a las complicaciones graves y la sensación de desgaste físico y emocional, generan una actitud de resignación o desánimo que dificulta el seguimiento constante de las recomendaciones médicas. Estas emociones negativas, lejos de motivar al autocuidado, debilitan su voluntad y afectan su capacidad de actuar de forma proactiva frente a la enfermedad siendo aun conscientes de sus riesgos, reafirmando la necesidad del abordaje integral que no solo se enfoque lo físico sino también lo emocional como parte fundamental del tratamiento.

Desde mi perspectiva, estos factores emocionales impactan negativamente en la capacidad de los adultos mayores para mantener un adecuado autocuidado. Sin embargo, considero que no deben ser interpretadas como una debilidad de los pacientes, sino como parte del proceso de adaptación a una enfermedad crónica, por lo que se hace indispensable un abordaje holístico que incluya la parte emocional como componente esencial del cuidado. A su vez, el personal de enfermería no solo debe brindar orientación técnica, sino también acompañamiento empático y continuo, que permita fortalecer la autoestima del paciente, reduciendo su angustia y fomentar una actitud positiva frente a su autocuidado.

Por lo que se refiere a la tercera subcategoría apoyo social insuficiente se pone de manifiesto que algunos reciben la ayuda mínima, la mayoría siente que afronta sola las demandas del autocuidado, evidenciando una falta de redes sostenidas de acompañamiento. Esta ausencia tanto familiar como institucional, limita las posibilidades de compartir experiencias, recibir orientación o motivación colectiva. Se expresa la necesidad de espacios de apoyo emocional y educativo que les permita enfrentar su enfermedad con mayor confianza.

Según Powers et al.⁵⁸ la presencia de alteraciones como la ansiedad, la depresión o el estrés puede comprometer la adherencia al tratamiento, por lo que es importante contar con una red de apoyo sólida e interdisciplinaria que refuerce el proceso de autocuidado y evitar el abandono del tratamiento. Es así como, Goins et al.⁵⁹, mencionan que, en diversos estudios, se evidencia que la mayoría de los adultos mayores a pesar de contar con fuentes de apoyo, manifiestan no tener con quién socializar o realizar actividad física, ni alguien que los ayude de manera práctica en su cuidado diario. En contraste con lo hallado, Yous et al.⁶⁰, señala que los participantes valoran el contacto continuo con los profesionales de salud, así como las sesiones grupales que les permiten socializar con personas que enfrentan el mismo problema de salud lo cual generaba motivación y un mejor vínculo social.

Se concuerda con lo planteado en dichos artículos, en medida que se evidencia como la insuficiencia de apoyo social no solo implica carecer de compañía, es también la ausencia de vínculos sólidos que otorguen confianza y seguridad al adulto mayor en el proceso de autocuidado, lo que incrementa su vulnerabilidad, afecta su bienestar emocional y limita su adherencia a la terapéutica.

En ese sentido, resulta pertinente considerar un acompañamiento integral que involucre tanto al entorno cercano como a los servicios de salud. Se recomienda impulsar la implementación de programas grupales, el fortalecimiento de redes comunitarias y la inclusión activa de la familia, pensando en favorecer la motivación y confianza del paciente.

Conclusiones

Con respecto a la percepción revelan que la alimentación representa una de las principales barreras en el autocuidado del adulto mayor ya que es percibida no solo como necesidad básica sino como una dificultad cotidiana que va a afectar su salud. Ellos expresan cambios en la dieta, en la pérdida de autonomía, las limitaciones que, sumadas a la falta de acompañamiento familiar, transforman este momento en un espacio solitario que no es grato para ellos, percibiéndose como una barrera que va a limitar su capacidad de cuidarse a sí mismos.

Los adultos mayores perciben que la práctica de ejercicio se encuentra limitada por la concepción errónea que tienen los adultos mayores al asociarlo únicamente con actividades cotidianas, por restricciones físicas propias de la edad o condiciones de salud previas. Esta percepción contribuye a la desmotivación y refuerza la prevalencia de un estilo de vida sedentario, al dejar de ser visto como un componente terapéutico y preventivo a convertirse en una práctica secundaria condicionada por el cansancio, la rutina y el temor a las complicaciones físicas.

Los factores emocionales influyen de manera decisiva como se percibe su autocuidado, el cual es vivido con miedo, ansiedad, tristeza y cansancio que disminuyen su motivación y los hacen sentir que la enfermedad les ha restado vitalidad y bienestar. A ello se suman las críticas, bromas y presiones sociales de su entorno, que intensifican la dificultad de seguir las recomendaciones médicas, junto con la percepción de un apoyo social insuficiente que los lleva a sentirse solos en el manejo de su salud.

Recomendaciones

A los profesionales de enfermería, se recomienda que los hallazgos encontrados sirvan como una guía para fortalecer la educación sanitaria personalizada, diseñar estrategias de acompañamiento que integren aspectos tanto emocionales como sociales, así como promover intervenciones comunitarias orientadas a fomentar la práctica de actividad física y a una alimentación adecuada con los recursos disponibles.

A los adultos mayores, los resultados constituyen una oportunidad para reconocer sus propias dificultades y asumir un rol activo en su salud, valorando la importancia de la regulación de la glucosa, adherencia al tratamiento y prevención de complicaciones, así como fortaleciendo sus redes de apoyo familiar y social, pues ello les permitirá sentirse respaldados en las prácticas de autocuidado diarias y enfrentar con mayor seguridad las limitaciones identificadas.

A los investigadores, este trabajo se convierte en un punto de partida para continuar explorando las barreras del autocuidado en diferentes contextos y grupos etarios. Por lo tanto, es recomendable profundizar en estudios comparativos que permitan identificar patrones comunes y diferencias culturales que influyan en el manejo de la diabetes.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Panorama de la diabetes en la Región de las Américas [Internet]. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud; 2023 [Consultado 27 Sep 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57197/9789275326336_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Velasco R, Cajape J, Cunalema J, Vargas G. Significado del autocuidado en el adulto mayor desde el modelo de promoción de salud. Gerokomos [Internet]. 2022 [Consultado 27 Sep 2025]; 33(3): 145-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000300003
3. Castañeda E, García M, Rebolledo D, Muñiz G, Calderón C, Álava N. Percepciones sobre adherencia del autocuidado desde la enfermería para pacientes con diabetes mellitus. Rev Cub Enferm [Internet]. 2019 [Consultado 27 Sep 2025]; 34(4). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3094>
4. Medina J, Torres N, Martínez B, Fuentes E, Candila J, Yam A. Las barreras de autocuidado y el empoderamiento de la diabetes tipo 2 en adultos mexicanos: un modelo estructural. Rev Cient Salud Uninorte [Internet]. 2023 [Consultado 27 Sep 2025]; 39(2): 617-31. Disponible en: <https://doi.org/10.14482/sun.39.02.618.210>
5. Nombela N, Pérez D, Caperos J. Efectos secundarios y prácticas para mejorar la gestión de la diabetes tipo 2 desde el punto de vista de la vivencia del individuo y de la gestión de la atención sanitaria. Endocrinol Diabetes Nutr [Internet]. 2019 [Consultado 27 Sep 2025]; 66(10): 596-610. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2019.05.010>
6. Robat D, Taghipour A, Mahdizadeh M, Peyman N. Enablers of and barriers to effective diabetes self-care in Iran: a qualitative study. Patient Relat Outcome Meas [Internet]. 2020 [Consultado 27 Sep 2025]; 11(1): 109–18. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/PROM.S241170>
7. Tuobeniyere J, Mensah G, Korsah K. Patient perspective on barriers in type 2 diabetes self-management: a qualitative study. Nurs Open [Internet]. 2023 [Consultado 27 Sep 2025]; 10(10): 7003-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/nop2.1956>
8. Bukhsh A, Goh B, Zimbudzi E, Lo C, Zoungas S, Chan K, et al. Type 2 Diabetes patients' perspectives, experiences, and barriers toward Diabetes-related self-care: a qualitative study from Pakistan. Front Endocrinol [Internet]. 2020 [Consultado 27 Sep 2025]; 11: 534873. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fendo.2020.534873>

9. Arbizu F. Dificultades percibidas por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ante el autocontrol de su enfermedad y los beneficios que aporta la educación para la salud [Tesis de licenciatura]. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears; 2022 [Consultado 27 Sep 2025]. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/159268/Arbizu_Barrag%c3%a1n_Francisco.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Portocarrero K. Barreras percibidas por los pacientes con diabetes mellitus para la adherencia al tratamiento: estudio cualitativo [Tesis de licenciatura]. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2023 [Consultado 27 Sep 2025]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/131697/Portocarrero_T_KL-SD.pdf?sequence=5&isAllowed=y
11. Dirección General de Epidemiología. Vigilancia de la diabetes en el Perú, periodo 2019-2023 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2024 [Consultado 27 Sep 2025]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2023/SE482023/03.pdf>
12. Ministerio de Salud. MINSA: Lima, Piura y Lambayeque concentran el mayor número de diabéticos en el país [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2021 [Consultado 27 Sep 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/562422-minsa-lima-piura-y-lambayeque-concentran-el-mayor-numero-de-diabeticos-en-el-pais>
13. Ministerio de Salud. MINSA: Sala situacional de diabetes. [Internet]. 2024 [Consultado 27 Sep 2025]. Disponible en: https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_diabetes/
14. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. How is Diabetes different for older adults? [Internet]. Bethesda: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2024 [Consultado 27 Sep 2025]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/professionals/diabetes-discoveries-practice/diabetes-different-older-adults>
15. Anitha M, Shriram V. Are patients with type 2 diabetes not aware or are they unable to practice self-care? a qualitative study in rural South India. J Prim Care Community Health [Internet]. 2019 [Consultado 27 Sep 2025]; 10: 1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2150132719865820>
16. Pokhrel S, Shrestha S, Timilsina A, Sapkota M, Bhatt M, Pardhe B. Self-care adherence and barriers to good glycaemic control in Nepalese type 2 diabetes mellitus patients: a hospital-based cross-sectional study. J Multidiscip. Healthc [Internet]. 2019

- [Consultado 27 Sep 2025]; 12: 817–26. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S216842>
17. Iza A. Enfermedades crónicas: promoción y prevención 2023. Lima: Editorial Academia Nacional de Medicina; 2023. 176 p.
 18. Pérez M. Complicaciones de la diabetes. *Endocrinol Diabetes Nutr* [Internet]. 2022 [Consultado 27 Sep 2025]; 69(1): 33-34. Disponible en: https://static.elsevier.es/congresos/pdf/144/endo_2022b.pdf
 19. González L, Cooper D, Méndez H., Cardona D, Rodríguez A. Barreras identificadas por pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en su atención integral. *MEDISAN* [Internet]. 2021 [Consultado 27 Sep 2025]; 25(2): 388-403. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/san/v25n2/1029-3019-san-25-02-388.pdf>
 20. Hushie M. Exploring the barriers and facilitators of dietary self-care for type 2 diabetes: a qualitative study in Ghana. *Health Promot Perspect* [Internet]. 2020 [Consultado 27 Sep 2025]; 9(3): 223-32. Disponible en: <https://doi.org/10.15171/hpp.2019.31>
 21. Guerci M, Chanan N, Kaur S, Jasso J, Lew E. Lack of treatment persistence and treatment nonadherence as barriers to glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Ther* [Internet]. 2019 [Consultado 20 Sep 2024]; 10(2): 437-99. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13300-019-0590-x>
 22. Palomares L. Pacientes diabéticos: barreras para mantener una alimentación saludable y actividad física diaria [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [Consultado 21 Sep 2024]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/0500d107-b72e-42fe-b80a-1af0d2cdf1ff/content>
 23. Paz, L. Experiencias en el proceso de adaptación del paciente con diabetes mellitus tipo II, Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo [Tesis de pregrado]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2023 [Consultado 21 Sep 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/12043>
 24. Rosales J. Sensación y percepción. *EPISTEME NS* [Internet]. 2015 [Consultado 27 Sep 2025]; 35(2): 21-36. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/epi/v35n2/art02.pdf>
 25. Goldstein B, Cacciamani L. Sensación y percepción [Internet]. Madrid: Sanz y Torres, S.L.; 2025 [Consultado 26 Feb 2025] Disponible en: <https://www.editorialsanzytorres.com/static/pdf/9788419947147Muestra.pdf>
 26. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022 [Internet]. Ginebra: Organización

- Mundial de la Salud; 2022 [Consultado 22 Oct 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357180/9789240052253-spa.pdf>
27. Cancio A, Lorenzo A, Alarcó G. Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Inf Psicol* [Internet]. 2020 [Consultado 22 Oct 2024]; 20(2): 119-38. Disponible en: <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
28. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Med Espirit* [Internet]. 2017 [Consultado 5 Oct 2024]; 19(3): 89-100. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>
29. Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. Diabetes en el adulto mayor: síntomas y factores de riesgo [Internet]. Bethesda: Instituto Nacional sobre el Envejecimiento; 2022 [Consultado 27 Sep 2025]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/diabetes/diabetes-personas-mayores>
30. Morales J, Bautista M, Téllez A, Chehue A, López M, Olvera E, et al. Diabetes [Internet]. Pachuca de Soto: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2013 [Consultado 23 Oct 2024]. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/books/17/diab.pdf>
31. Ministerio de Salud (MINSA). Norma técnica de salud para el cuidado integral de salud de las personas adultas mayores [Internet]. 2023 [Consultado 12 Oct 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/4557563-789-2023-minsa>
32. Berenguera A, Fernández de Sanmamed M, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa [Internet]. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol; 2014 [Consultado 6 Oct 2024]. Disponible en: <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EscucharObservarComprender.pdf>
33. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis [Internet]. Bogotá: Ediciones de la U; 2018 [Consultado 6 Oct 2024]. Disponible en: <http://bit.ly/4nXXxVm>
34. Superintendencia Nacional de Salud. Registro de instituciones prestadoras de servicios de salud [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2024. [Consultado 5 Oct 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/4eSfyQF>
35. Lázaro R. Entrevistas estructuradas, semiestructuradas y libres. Análisis de contenido. En: Tejero J. Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario [Internet]. Cuenca: Universidad de Castilla; 2021 [Consultado 10 May

- 2024]. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/server/api/core/bitstreams/fdf77886-6075-453a-b7cc-731232b56e77/content>
36. Pavajeau J, Díaz Z, Alvarado E, Navia M. Paradigmas bioéticos vigentes: una mirada desde la revisión de la literatura científica. *Rev Soc Fronter* [Internet]. 2024 [Consultado 1 Mar 25]; 4(4): e343. Disponible en: [https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4\(4\)343](https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4(4)343)
37. Numsang P, Oumtane A, Kurat S, Kraichan S, Sarapoke P. “Failure to control blood sugar” experiences of persons with type 2 diabetes mellitus. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2023 [Consultado 3 Mar 25]; 10(4): 531-532. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.09.004>
38. Ambroz M, de Vries S, Buitenhuis G, Frost J, Denig P. Willingness of people with type 2 diabetes to engage in healthy eating, physical activity and medication taking. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2024 [Consultado 3 Mar 25]; 18(3): 353-355. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2024.03.006>
39. Tripathi D, Vikram N, Chaturvedi S, Bhatia N. Barriers and facilitators in dietary and physical activity management of type 2 diabetes: perspective of healthcare providers and patients. *Diabetes Metab Syndr* [Internet]. 2023 [Consultado 6 May 25]; 17(3): 3-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2023.102741>
40. Walker R, Mosley E, Egede L. Exploring the lived experience of food insecure African Americans with type 2 Diabetes living in the inner city. *Ethn Dis.* [Internet]. 2021 [Consultado 12 Jul 2025]; 31(4): 527-536. Disponible en: <https://doi.org/10.18865/ed.31.4.527>
41. Opisa E, Reid M. Diabetes self-management by Kenyan adults: utilising the adapted Kawa River model. *Int J Africa Nurs Sci* [Internet]. 2024 [Consultado 13 Jul 2025]; 20: 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2024.100721>
42. Stotz S, Brega A, Gonzales K, Hebert L, Moore K. Facilitators and barriers to healthy eating among American Indian and Alaska native adults with type 2 Diabetes: stakeholder perspectives. *Curr Dev Nutr* [Internet]. 2021 [Consultado 13 Jul 2025]; 5: 22-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa114>
43. Brega A, Stotz S, Moore K, McNulty M, Jiang L. Reliability and validity of diabetes nutrition self-efficacy and behavior measures for the “What Can I Eat” diabetes nutrition education program for American Indian and Alaska Native adults with type 2 diabetes. *J Acad Nutr Diet* [Internet]. 2025 [Consultado 8 Jul 2025]; 125(1): 78-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2024.05.004>

44. Eglseer D, Bauer S, Farzer E, Reitbauer M, Lampersberger L. Barriers, facilitators, and needs for supporting healthy diets in community-dwelling older adults and their informal caregivers: a qualitative study. *Appetite* [Internet]. 2025 [Consultado 8 Jul 2025]; 214: 108184. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2025.108184>
45. Mokaya M, Saruni E, Kyallo F, Vangoitsenhoven R, Matthys C. Perceived facilitators and barriers to healthy dietary behaviour in adults with type 2 diabetes mellitus in Kenya: a qualitative study. *Public Health Nutr* [Internet]. 2022 [Consultado 27 Sep 2025]; 25(12): 3335–43. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s136898002200221x>
46. Jasmine A, Harihara R. Knowledge, attitude, practice and barriers for self-care among type 2 diabetes mellitus patients in rural Tamil Nadu. *Indian Jpublic Health Res Dev* [Internet]. 2019 [Consultado 9 Jul 2025]; 10(9): 1-6. Disponible en: <https://www.indianjournals.com/article/ijphrd-10-9-076>
47. Cradock K, Quinlan L, Finucane F, Gainforth H, Martin K, de Barros A, et al. Identifying barriers and facilitators to diet and physical activity behaviour change in type 2 Diabetes using a design probe methodology. *J Pers Med* [Internet]. 2021 [Consultado 10 Jul 2025]; 11(2): 72. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jpm11020072>
48. Andrade R, Campos H, Alves T, Braga J, Dantas E, Leon E. Perception of diabetic users about self-care for their feet: a qualitative analysis. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2024 [Consultado 8 Jul 2025]; 29: 1-12 Disponible en: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95131>
49. Zhou Y, Lu H, Sun X, Dai Y, Gu C, Gu Z. Influencing factors of exercise behavior in older patients with type 2 diabetes mellitus combined with frailty: a qualitative study. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2025 [Consultado 5 Ago 2025]; 62: 138-44. Disponible en: <https://doi-org.usat.lookproxy.com/10.1016/j.gerinurse.2025.01.017>
50. Wang W, Kong L, Zeng L, Chen L, Qiu J, Zhao Y. Exercise interventions for frail older adults with diabetes: a scoping review. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2024 [Consultado el 8 Jul 2025]; 58: 200-207. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.05.030>
51. Lee P, Halter J. Diabetes Mellitus. En: Halter J, Ouslander J, Studenski S, High K, Asthana S, Supiano M, Ritchie C, Schmader K, editores. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* [Internet]. Nueva York: McGraw-Hill Education; 2022. [Consultado 9 Jul 2025]. Disponible en: <https://accessmedicine-mhmedical-com.usat.lookproxy.com/content.aspx?bookid=3201§ionid=266881767>

52. Vallis M, Bresolin J, Fletcher K, Holmes E, Speight J, Syron L. A square peg in a round hole: social experiences of living with Diabetes in Canada in 2024. *Can J Diabetes* [Internet]. 2025 [Consultado 27 Sep 2025]; 49(3): 183-193. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2025.03.001>
53. Berhe K, Mselle L, Gebru H. Barriers to self-care management among type 2 Diabetes patients in tigray, Ethiopia: a qualitative study. *Research Square* [Internet]. 2022 [Consultado 9 Jul 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1745404/v1>
54. Lamptey R, Amoakoh M, Djobalar B, Grobbee D, Adjei G, Klipstein K. Diabetes self-management education interventions and self-management in low-resource settings; a mixed methods study. *PLoS One* [Internet]. 2023 [Consultado 8 Jul 2025]; 18(7): e0286974. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286974>
55. Ngamdee N, Chumfang N, Chiangkhong A, Satusawan A, Sukdee S. Behavioral patterns and barriers to medication adherence in older adults with Diabetes. *IJG* [Internet]. 2024 [Consultado 8 Jul 2025]; 20(3): 64-73. Disponible en: <https://doi.org/10.52939/ijg.v20i3.3135>
56. Chan J, Mbanya J, Chantelot J, Shestakova M, Ramachandran A, Ilkova H, et al. Patient-reported outcomes and treatment adherence in type 2 diabetes using natural language processing: wave 8 of the observational international Diabetes management practices study. *J Diabetes Investig* [Internet]. 2024 [Consultado 9 Jul 2025]; 15(9): 1306-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jdi.14228>
57. Kumar L, Mohammadnezhad M. Perceptions of patients on factors affecting diabetes self-management among type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients in Fiji: a qualitative study. *Heliyon* [Internet]. 2022 [Consultado 8 Jul 2025]; 8(6): e09728. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09728>
58. Powers A, Niswender K, Rickels M. Diabetes Mellitus: management and therapies. En: Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J, Holland S, Langford C. editores. *Harrison's Principles of Internal Medicine* [Internet]. Nueva York: McGraw-Hill; 2025. [Consultado 27 Sep 2025]. Disponible en: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3541§ionid=296169425>
59. Goins R, Grant M, Conte K, Lefler L. Social support and diabetes management among older American Indians. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [Consultado 14 Jul 2025]; 10: 2296-2565. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.780851>

60. Yous M, Ganann R, Ploeg J, Markle M, Northwood M, Fisher K, et al. Older adults' experiences and perceived impacts of the Aging, Community and Health Research Unit-Community Partnership Program (ACHRU-CPP) for diabetes self-management in Canada: a qualitative descriptive study. *BMJ Open* [Internet]. 2023 [Consultado 13 Ago 2025]; 13(4): e068694. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068694>

Anexos**ANEXO N° 1****Consentimiento para participar en un estudio de investigación****- ADULTOS -**

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Investigadores : María Luisa Alejandra Saavedra Carranza
Título : Percepción de barreras en el autocuidado del adulto mayor con diabetes tipo 2 en un centro sanitario de Chiclayo, 2025

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a participar en este estudio con la finalidad de describir y analizar la percepción de barreras en el autocuidado del adulto mayor con diabetes tipo 2.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento verbal, se realizará una visita a su domicilio, previo aviso por llamada telefónica para verificar la disponibilidad y acordar el día donde se le harán ciertas preguntas relacionadas con el tema de investigación, la cual será grabada en un grabador de voz, para asegurar que no se obvian detalles importantes. Asimismo, cada participante se le asignará un seudónimo “nombres de árboles” para proteger su identidad, en un tiempo estimado de 30 minutos.
2. Después de dos días de realizarse la entrevista, se le enviará la transcripción por vía WhatsApp para que verifique si está de acuerdo con lo que dijo sobre el tema o adicionar información que considere importante.
3. En seguida se procesará la información de manera confidencial y luego se elaborará el informe final de la investigación que será entregado a la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo para aportar a las investigaciones universitarias.
4. Finalmente, los resultados que se obtengan serán difundidos al repositorio de tesis de la universidad y probablemente sean publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Usted se beneficiará al finalizar la entrevista, mediante la entrega de un díptico sobre el autocuidado en la Diabetes Tipo 2 como beneficio de su participación para aportarle conocimiento y empoderamiento.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Se le asignará un seudónimo en lugar de su nombre real para la protección de su identidad. Asimismo, los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos:

SI NO

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, y si por algún motivo desiste, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Luisa Saavedra Carranza al N° cel.: 947259788, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al correo: comiteetica.medicina@usat.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo en qué consiste mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

FIRMA/HUELLA DIGITAL

Participante

Nombre:

DNI:



Fecha

Investigador

Nombre: María Luisa Alejandra Saavedra

Carranza

DNI: 77218373

Fecha

Muchas gracias por su participación.

ANEXO N° 2

**GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A ADULTO MAYOR
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

PRESENTACIÓN:

Soy estudiante de Enfermería del VIII ciclo de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y actualmente estoy llevando a cabo una investigación cuyo objetivo es describir y analizar la percepción de barreras en el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Agradezco de antemano su colaboración en esta entrevista y le pide que sea complemente sincera en sus respuestas. Quiero asegurarle que toda información que usted brinde será de forma confidencial.

DATOS GENERALES:

- | | |
|---------------------------|--|
| ● Fecha de la entrevista: | ● ¿Consume alcohol o fuma? |
| ● Seudónimo | ● Grado de instrucción: |
| ● Edad: | ● Religión: |
| ● Sexo: | ● ¿Vive solo o acompañado? |
| ● Estado civil: | ● ¿Su diabetes está controlada?
(Sí/No/No sabe) |
| ● Tiempo de enfermedad: | |

PREGUNTAS:

1. **¿Qué dificultades o barreras tiene usted para cuidarse a sí mismo?**
2. ¿Le resulta fácil o difícil comer lo que necesita para cuidar su diabetes?
3. ¿Hace ejercicio regularmente? ¿Qué problemas tiene para hacerlo?
4. ¿Tiene dificultades para seguir su tratamiento o para recibir la atención médica que necesita?
5. ¿Qué le ha explicado la enfermera sobre cómo manejar su diabetes? ¿Le ha servido esa información?
6. ¿En qué lo ayudan su familia o amigos para que se cuide? ¿Cómo lo hacen?
7. ¿Qué tanto le preocupa su diabetes o siente que afecta su ánimo?
8. ¿Qué debería cambiar o mejorar para que le sea más fácil el cuidar de su salud y su diabetes?
9. ¿Hay algo más que le gustaría agregar?

ANEXO N° 3

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Dra. Rosa Diaz Manchay
 Cargo de la Institución donde labora: Docente USAT
 Años de servicio: 18 años Estudios de postgrado: Doctor

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

- Datos generales puede agregar: estado civil, detalle con quien vive.
- Valorar si los adultos en las preguntas entenderan el término de autocuidado...podría ser más entendible "cuidarse de la diabetes"
- El autocuidado en la diabetes, incluye la alimentación, la actividad física, el cuidado de los pies, el tratamiento farmacológico, etc...valorar si lo considera pertinente...

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 27 de 10 del 2024.



Dra. Rosa Diaz Manchay

Nota: Los resultados del juicio de expertos deberán ser trabajados con su asesora temática.
Actualizado en julio de 2024 por equipo docente de Tesis I de la Escuela de Enfermería
USAT

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Dra. Maribel Albertina Diaz Vásquez

Cargo de la Institución donde labora: ___Docente USAT_____

Años de servicio: ___18___ Estudios de postgrado: ___Doctorado_____

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	1
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1.5
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1.5
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	1.5
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	1.5
RESULTADO DE VALIDACIÓN		7

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

Se dejo indicaciones en la entrevista

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, _30_ de _Octubre_ del 2024 ___.

Maribel Albertina Diaz Vásquez

Dra. Maribel Albertina Díaz Vásquez

Nota: Los resultados del juicio de expertos deberán ser trabajados con su asesora temática.

Actualizado en julio de 2024 por equipo docente de Tesis I de la Escuela de Enfermería
USAT

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Mgtr. María Caridad Arriola Arizaga

Cargo de la Institución donde labora: __Enfermera responsable estrategia Daños no transmisibles Minsa C.S. San Jose / Usat _____

Años de servicio: 35 Estudios de postgrado: Maestria en Bioetica

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

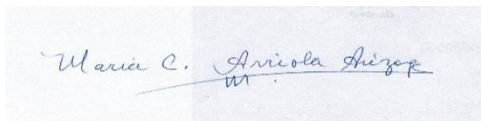
CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

Aceptado , sugiero incluir preguntas referentes a su medicación, es decir si considera que tiene conocimiento suficiente sobre la efectividad y riesgos de los medicamentos y/o tratamiento que sigue

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, _31__ de _Oct_____ del 20_24__.

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature reads "María C. Arriola Arizaga" with a stylized flourish underneath.

Mgtr. María Caridad Arriola Arizaga

Nota: Los resultados del juicio de expertos deberán ser trabajados con su asesora temática.

Actualizado en julio de 2024 por equipo docente de Tesis I de la Escuela de Enfermería

USAT

ANEXO N° 4



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 033-2025-USAT-FMED

Chiclayo, 06 de febrero de 2025

Vista la solicitud virtual N° TRL-2025-2092 en virtud de la aprobación con fecha 31 de enero de 2025 por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante SAAVEDRA CARRANZA MARIA LUISA ALEJANDRA, de la Escuela de Enfermería. Asesor: Dra. Julia María Nureña Montenegro.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado: **PERCEPCIÓN DE BARRERAS EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES TIPO 2 EN UN CENTRO SANITARIO DE CHICLAYO, 2025**, fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Dar a conocer la presente resolución a la interesada

Regístrese, comuníquese y archívese.



Mtro. Sorey Garlet Gayoso Dianderas
 Secretaria Académica
 Facultad de Medicina

Mtro. Luis Enrique Jara Romero
 Decano (e)
 Facultad de Medicina

ANEXO N° 5

Expediente N°515716970-0

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
CREI N° 028-2025

El Comité de Ética en Investigación de la Unidad Funcional de Docencia e Investigación de la Oficina de Recursos Humanos, de esta Gerencia Regional de Salud Lambayeque, luego de haber revisado la solicitud remitida para realizar el proyecto de investigación denominado "PERCEPCIÓN DE BARRERAS EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES TIPO 2 EN UN CENTRO SANITARIO DE CHICLAYO, 2025.", expedida según Resolución N°033-2025-USAT-FMED de fecha 06 de Febrero del 2025, otorga la presente Autorización a:

MARÍA LUISA ALEJANDRA SAAVEDRA CARRANZA.

A realizarse en la **IPRESS JOSÉ OLAYA** de esta Gerencia Regional de Salud Lambayeque siendo válida del 03 de Marzo del 2025 al 02 de Abril del 2025.

Se extiende la presente para brindar las facilidades para la realización del proyecto de investigación, respetando la privacidad espacios y tiempos. El resultado de dicha investigación deberá ser alcanzado en un ejemplar a la Unidad Funcional de Docencia e Investigación de la Oficina de Recursos Humanos, al email: docenciaeinvestigacion.geres-aj@gmail.com

Chiclayo 28 de febrero del 2025



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 Dra. Rosa Luz Villafranca Veldsquez
 PRESIDENTA
 COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

ANEXO N° 6

PUNTOS CLAVE PARA CUIDARTE


01 Alimentación Saludable:

- Consumir frutas, verduras, lentejas y avena
- Beber agua
- Evitar frituras, grasas, exceso de sal y azúcar en las comidas





02 Ejercicio Físico:

- Realizar ejercicios aproximadamente **30 minutos**.
- Puede ser ejercicios simples como: caminar, bailar, correr, trotar.





AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES TIPO 2

CLAVES PARA MANTENER TU SALUD Y BIENESTAR

AUTORA: Luisa Saavedra Carranza
ASESORA: Dra. Julia Nureña Montenegro

Cuidado, salud y autocuidado de las personas adultas mayores [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [consultado el 26 Oct 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5178.pdf>

¿QUÉ ES LA DIABETES TIPO 2?

Es una enfermedad en la que los niveles de azúcar en sangre son demasiado altos.



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CUIDARSE DE LA DIABETES?



Mejora tu vida, salud, y autoestima

Nos hace reconocer que hábitos nuestros afectan la salud



Cuidarse uno mismo ayuda a prevenir las complicaciones de la enfermedad

¿QUÉ OBSTÁCULOS EXISTEN PARA CUIDARSE?



Falta de recursos



Falta de Motivación



Falta de Apoyo Familiar



Desinformación



Dificultades de Movilidad

¿CÓMO SUPERAR ESOS OBSTÁCULOS?

Recuerda:

- Contar con familiares
- Usar recordatorios para tus medicamentos
- Unirse a grupos de apoyo

Puede ayudarte a cuidarte mejor.




ANEXO N° 7
MATRIZ DE RESULTADOS

Título de la tesis: Percepción de barreras en el autocuidado del adulto mayor con diabetes tipo 2 en un centro sanitario de Chiclayo, 2025			
Objetivos: Describir y analizar la percepción de barreras en el autocuidado del adulto mayor con diabetes tipo 2 en un centro sanitario de Chiclayo, 2025			
Sujetos de estudio: Adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2			
Escenario: Centro de Salud José Olaya			
RESULTADOS			
Categorías previas	Códigos/ subcategorías.	Citas textuales de las entrevistas, identificando el sujeto de estudio	Interpretación de los datos
1. Barreras relacionadas con la alimentación	1.1 Dificultad para mantener la dieta (antojo)	<ul style="list-style-type: none"> • Aunque a veces me antojo, ese día me permito un pequeño gusto, como un manguito, pero no es frecuente. Además, no consumo arroz porque me cansa, ya que como papa, mote, choclo y otras cosas parecidas... No como arroz; si lo hago, entonces no consumo papa. No consumo mango ni frutas similares. (PINO) • Lo más difícil para mí es la dieta, porque a veces me provoca comer... Me cuesta un poco evitarlos, a mí me gusta mucho la arepa, porque soy venezolana y a veces la como (CEREZO) • Me han dicho que debo cambiar mi forma de alimentarme y controlar el azúcar, pero antes uno comía lo que había, lo que se podía. Ahora me dicen que ya no puedo comer así, y cuesta bastante acostumbrarse... Es difícil, porque a mí me gusta la comida de siempre. He cocinado así toda mi vida, y de pronto me dicen que ya no debo comer arroz blanco, pan ni fideos. Entonces, ¿qué hago? Me da pena, porque ya ni puedo disfrutar lo que me gusta, ahora me dicen que eso me hace daño. Y bueno, una se cansa, pero es difícil (ROBLE) • Al inicio fue difícil porque me prohibieron muchas cosas, especialmente el azúcar, y aunque no era muy dulcera, cuando había cumpleaños y quería comer torta sí me chocaba. A veces me siento incómoda, especialmente cuando me provoca lo que ellos comen, como carne roja, que sé que no debo consumir. (ÁLAMO) • A veces me descuido, como o tomo cosas con mucha azúcar, y eso hace que mis niveles se eleven. Como carne, aunque me prohibieron, pero igual como de todo: harinas, carne de res y choncho, pero no todos los días (ABETO) • Casi no tengo control de lo que como, porque me gusta comer de todo, y eso creo que es lo que no me permite que pueda controlar mejor mi diabetes. Mis hijos me dicen que debería comer más verduras y ensaladas, pero a veces prefiero mis platos favoritos: ceviche con papa a la huancaína o con papita 	La mayoría de los participantes expresa dificultades para adherirse a las indicaciones alimenticias recomendadas y aunque existe el conocimiento sobre lo que se debe evitar, adaptarse les resulta complicado debido a los antojos, la costumbre de consumir ciertos alimentos y la falta de opciones que les resulten satisfactorias. La tentación por los alimentos prohibidos es frecuente, así como la sensación de frustración o pena por no poder disfrutar de las comidas que acostumbraban. A pesar de los esfuerzos, el cumplimiento no es constante.

	<p>guisada... La costumbre es nosotros igualito todo el tiempo, preparo lo que nos gusta a nosotros. No he cambiado para nada mis comidas. No, todos los tiempos así preparo. Mi pescadito sudado, mi pescadito frito (NOGAL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • aunque intento evitar el arroz y el pan, a veces no tengo más opción. También me da hambre en las noches y quisiera comer algo rico... A veces ellos están comiendo pan con queso o arroz con menestra, y yo tengo que comer mi pollo sancochado con ensalada. Me dan ganas de comer lo mismo (CEIBO) • El doctor me dijo que no debo comer pan, camote, yuca, arroz ni otros alimentos, pero a veces me descuido. Me provoca comer cosas como un pollito a la brasa, y mis hijas me llevan a comer. Es difícil, porque uno se contiene, sabe que le hacen mal, pero de vez en cuando está la tentación ... Como mis hijas trabajan, yo me quedo sola en casa, y a veces me doy ciertos gustos. (JACARANDÁ) 	
<p>1.2 limitaciones en el acceso de alimentos adecuados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es difícil. Conseguir verduras, casi no hay por aquí (PINO) • Dicen que tengo que comer sano, pero ¿con qué dinero? Todo está caro. Las frutas buenas y el pescado fresco cuestan bastante, y si no alcanza, ¿qué más queda? Vuelvo a lo que tengo y comía antes. (ROBLE) • Es un poco complicado, quisiera seguir la lista de alimentación que me dieron, pero algunas cosas, como el atún dietético, no las puedo comprar. Así que me ajusto a lo que tengo. Ha habido momentos difíciles, donde tuve que comer lo que podía, como arroz y tortillas (ÁLAMO) • A veces no hay dónde comprar, a veces había gaseosa, y eso era lo que tomábamos, sé que es malo para la diabetes, aunque uno no lo sabe y se lo toma sin pensar. (OLIVO) • A veces me resulta difícil seguir mi dieta porque no siempre tengo lo necesario para cocinar. No hay lugares cercanos donde comprar los alimentos que necesito, tendría que ir hasta el mercado, y eso complica las cosas. En esos casos, como lo que hay. (ABEDUL) • Aunque a veces falta dinero, trato de balancear lo que como. A veces me preparan aguadito con verduras o caldo de verduras, pero en general como lo mismo que el resto de mi familia. (ABETO) • Además, ser diabético también es caro, tengo que comprar verduras, y todo está más caro que antes. Al no tener dinero, es difícil mantener la dieta, las cosas se complican porque hay que comprar los alimentos adecuados y se necesita bastante dinero (CEDRO) • No es fácil porque las cosas saludables son caras. A veces quiero comprarme frutas o verduras, pero si no alcanza el dinero, tengo que comer lo que hay. (CEIBO) 	<p>La mayoría de los participantes manifiesta que los alimentos recomendados para el autocuidado como frutas, verduras o pescados son costosos o escasos en su entorno, lo que los obliga a recurrir a opciones menos saludables, lo cual, evidencia una brecha entre el conocimiento de la dieta adecuada y la posibilidad real de cumplirla, limitando la adherencia al tratamiento</p>
<p>1.3 Dificultad en la preparación de alimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En cuanto a la comida, debo preparar para todos o mi hija cocina y yo tengo que pedir que me adapten los platos, como quitar el arroz o la papa. (ÁLAMO) • A veces yo cocino y sirvo el almuerzo, pero llevar los platos no puedo, siento que se me van a caer y me cuesta coger bien las cosas porque tengo las manos adormecidas. (ABEDUL) 	<p>Los participantes reportan dificultades para adaptar la preparación de sus comidas, ya sea por limitaciones físicas, falta de apoyo constante o costumbre alimentaria. Muchos deben ajustarse a lo que cocina la familia, dificultando seguir una dieta personalizada. Además, cambiar hábitos de alimentación arraigados genera resistencia y confusión, especialmente</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Es difícil porque te prohíben el azúcar, la sal, otros tipos de alimentos. Entonces, un poquito que cuesta después porque uno comía de todo. Ya no es como antes que comía bastantes frutas, carnes, diferentes tipos de comida. Hay cosas que mi familia prepara para mí y diferente a lo que ellos comen, pero eso no es de todos los días. La mayoría de las veces comemos casi igual. (MANZANO) • A veces me preparan aguadito con verduras o caldo de verduras, pero en general como lo mismo que el resto de mi familia. (ABETO) • Cambiar mi alimentación de un momento a otro me costó bastante. porque estaba acostumbrado a comer bastante arroz, chanco, ceviche y sopa, no comía verduras, solo lo que me gustaba. Ahora tengo que reducir las porciones y comer ensaladas. Antes comía arroz con huevo o con lo que hubiera, pero ahora no puedo hacer eso. Solo consumo un poco de arroz y evito la yuca, el camote y las frituras, porque sé que hacen daño. (CEDRO) • En la casa todos comemos lo mismo. Mi hija cocina para todos, pero ella trabaja todo el día, así que no siempre puede hacer algo especial para mí. (CEIBO) 	<p>cuando deben cocinar para otros o cuando la familia no puede brindar un soporte alimentario diferenciado.</p>
<p>2. Barreras relacionadas con la actividad física</p>	<p>2.1 Actividades diarias que limitan el ejercicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sí realizo ejercicio, pero no continuo, a veces me olvido. Después de almorzar, me pongo a ver televisión, me da sueño y ya no hago ejercicio. (PINO) • No hago ejercicio. El ejercicio lo hago bajando y subiendo las escaleras, no tengo problema con eso. No es que no me guste ni nada, pero a veces como me levanto tarde no hago ejercicio (CEREZO) • Hago ejercicios, pero no de manera diaria, más que todo caminar. Una vez, seguí ejercicios que me recomendaron durante tres meses y medio, pero cuando viajé, ya no pude continuar (ÁLAMO) • Hago taxis, me bajo a limpiar mi carro o estoy por ahí limpiando El doctor me recomendó, que tengo que estar en actividad, porque por mi trabajo solo estoy sentado. Pero a veces me da flojera, no salgo (OLIVO) • No hago ejercicio como tal, pero por el mismo trabajo y las actividades que realizo camino bastante. Yo trabajo y cuando no estoy trabajando, siempre estoy haciendo algo en la casa. (MANZANO) • No hago ejercicio regularmente porque no me gusta salir, a veces aquí en mi casa me muevo un poco, me agacho, muevo los brazos, pero nada más. A veces no puedo por el tiempo, porque voy al mercadito a comprar y luego viene gente a casa. (NOGAL) • No hago ejercicio, aunque debería, pero ejercicio como tal, no realizo por tiempo y la costumbre ya que me encargo de la limpieza en casa todos los días. (JACARANDÁ) 	<p>La mayoría de los participantes reconoce no realizar ejercicio de forma regular debido a factores como la falta de tiempo, la rutina diaria, la fatiga o la pérdida de continuidad. Algunos asocian su actividad física únicamente con tareas cotidianas como caminar, limpiar o trabajar, lo que refleja una percepción limitada del ejercicio estructurado y una dificultad para incorporar hábitos de actividad física constante.</p>
	<p>2.2 Obstáculos físicos y funcionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No puedo subir ni bajar escaleras en la posta porque me duelen mucho las piernas. Salir también se me ha hecho más difícil, ya no salgo a la calle, solo cuando me llevan a la posta o al hospital, porque no puedo viajar sola, tengo que ir con otra persona que me acompañe No hago ejercicio, siento mis piernas que 	<p>Se evidencian limitaciones físicas significativas que dificultan la práctica del ejercicio, como dolores en las piernas, caderas o cintura, cansancio rápido y miedo a caídas. Estas barreras, muchas veces derivadas de problemas de salud previos o del</p>

		<p>no me permiten caminar y tengo miedo a caerme porque ya me he caído antes. Hay un parquecito acá a la vuelta, pero me da flojera y no salgo (ABEDUL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caminar me resulta complicado por un problema en la cadera, por un accidente de tránsito que tuve hace un tiempo. Si no tuviera esta dificultad en la pierna, podría hacer algún tipo de ejercicio, pero esa limitación me lo impide. (ABETO) • Para ser sincera, nada. Antes caminaba al mercado, iba a visitar a mis hijas, mis amigas, pero ahora ya no tanto. Me canso rápido, me duelen las piernas, a uno a veces siente flojera, o hay días que me duele mucho la cintura (ROBLE) • Antes caminaba más, pero ahora me duelen las piernas y me canso muy rápido. También me cuesta mucho subir hasta el tercer piso del centro de salud cuando voy a mi consulta. La doctora me dice que debo hacer ejercicio, pero cuando intento caminar mucho, termino con dolor en las rodillas. Antes podía hacer más cosas, pero ahora tengo que descansar más. (CEIBO) 	<p>avance de la edad, reducen la movilidad de los participantes y restringen su capacidad para mantenerse activos.</p>
	<p>3.1 Percepción negativa de familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mis hijos a veces pelean porque dicen que estoy comiendo poco, que por eso he adelgazado y que esas dietas me van a matar. (CEREZO) • Mi familia me apoya, aunque a veces lo hacen con bromas. Se ríen y me preguntan hasta cuándo seguiré comiendo diferente, porque ya no como igual que ellos. En diciembre, me sugirieron darme un gustito de vez en cuando, aunque me da miedo que me haga daño. (ÁLAMO) • Cuando mis amigos sacan licor, tengo que decirles que no y regresarme a mi casa. Incluso en la fiesta de cumpleaños de mi mamá, prepara arroz con pato, ceviche, y me doy el gusto, pero eso me cuesta. Navidad y Año Nuevo es cuando más sufro, porque como lo mismo que el resto y eso hace que me suba la glucosa. Mi mamá me dice: “por una vez, hijito”, pero para mí no es tan simple. (CEDRO) 	<p>Algunos participantes sienten que sus familiares no comprenden completamente las restricciones alimenticias que deben seguir, lo que genera bromas, críticas o comentarios despectivos. Además, enfrentan presiones sociales durante reuniones familiares o celebraciones, donde el deseo de adaptarse a las costumbres alimenticias comunes choca con las recomendaciones médicas, lo que aumenta la dificultad de adherirse al tratamiento.</p>
<p>3. Factores sociales y emocionales que afectan el autocuidado</p>	<p>3.2 Factores emocionales que dificultan el autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Me preocupa, porque conozco personas que han fallecido por esta enfermedad; algunas quedaron ciegas, otras se adelgazaron mucho. A veces pienso si terminaré como ellas. Quiero ir a un lugar donde no haya problemas. En mi casa siempre hay algo: los hijos pelean, con su marido, tienen problemas con sus hijos. (PINO) • Me preocupa, porque sé que esta enfermedad no es fácil. Una escucha que, si no se cuida, puede perder la vista o incluso que le corten un pie esas cosas asustan. Me levanto cada día y trato de hacer lo mejor que puedo, aunque no siempre lo logro. El cansancio me gana, o me da tristeza recordar que antes era más fuerte, que salía sin problema, y ahora tengo que cuidar hasta lo que como. Eso desanima. (ROBLE) • La diabetes me preocupa bastante, sobre todo cuando vi que mi glucosa subió. No quiero llegar al punto de necesitar insulina. Me asusta que esto se complique y termine en algo más grave, como diálisis o amputaciones. Me siento angustiada estos días y creo que eso también ha afectado mi glucosa, pero no cuento nada para no preocupar más. (ÁLAMO) 	<p>Los participantes experimentan altos niveles de ansiedad, preocupación y miedo relacionados con las posibles complicaciones de la diabetes, como la pérdida de la vista, amputaciones o el deterioro general de la salud. Estos temores generan angustia y tristeza, lo que dificulta la adherencia a las recomendaciones de autocuidado. Además, el cansancio emocional y la falta de ánimo son barreras importantes, ya que los participantes sienten que la enfermedad les ha robado su vitalidad y bienestar, afectando negativamente su capacidad para mantenerse motivados en su autocuidado.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Me preocupa bastante. Porque ya no soy la misma de hace diez años. Desde que cumplí 60, siento que mi vida empezó a deteriorarse; comenzaron los dolores y eso me afecta. (ABEDUL) • Si llegara un momento en que me amputaran las piernas, ahí sí todo cambiaría. ¿Quién me ayudaría a movilizarme? Mi madre ya tiene 80 años, y eso sí me dificultaría bastante. Ya no podría trabajar, no tendría cómo venir a mis controles. Eso sí sería un verdadero problema. (CEDRO) • Uno se cansa, no tiene ánimo para nada, a veces me desespero por la enfermedad, que no puedo ni quiero hacer nada. Uno piensa en sus hijos, en el futuro que uno tiene, pienso si me voy a enfermar o morir con esta enfermedad. Lo más difícil para mí es aceptar que la diabetes ya no se puede curar, siento que esta enfermedad se ha quedado en mi cuerpo para siempre. A veces pienso que ya debería sanarme, pero no es así. (NOGAL) • Me preocupa bastante. A veces me siento triste porque veo que no mejoro, y eso me da miedo que un día me sienta muy mal y nadie esté en casa para ayudarme. Me gustaría salir más pero me da miedo enfermarme. (CEIBO) • Ahora me estoy cuidando más porque antes no le tomaba importancia, pero he visto a personas que ya están mucho más avanzadas y se les corta el pie, se les hacen heridas que no sanan, entonces eso me preocupó. (JACARANDÁ) 	
<p>3.3 Apoyo social insuficiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sería bonito formar un pequeño grupo de personas con diabetes donde nos den ejercicios, consejos, y nos enseñen cómo sobrellevar la enfermedad, podría motivar y ayudar a más personas, no solo a mí. De alguna manera, eso es lo que me falta, porque sola no es tan fácil. (ÁLAMO) • Quiero poder contar con más apoyo de mi familia, para seguir cuidándome mejor. Aunque trato de mantener una rutina diaria con mis alimentos, el apoyo constante de ellos puede hacer que todo sea más fácil. (ABETO) • Yo soy el que me cuido. Soy yo quien está pendiente de mi salud, quien acude al médico cuando algo no está bien. No dependo de otros (CEDRO) • casi con mis hermanas no somos muy allegadas. Así que no tengo mucho apoyo de ellas. todo lo hago solita. Yo me cuido sola, no tengo mucha ayuda. (NOGAL) • Mi hija me ayuda cuando puede, pero la mayor parte del tiempo me cuido sola. Sí, me gustaría que alguien me acompañe al hospital, me ayuden con mi comida y que hubiera grupos de apoyo, porque uno se siente solo con esta enfermedad, y sería bueno compartir con otras personas que pasan lo mismo. (CEIBO) 	<p>Los participantes expresan la necesidad de contar con más apoyo social, tanto de familiares como de grupos específicos para personas con diabetes. Si bien algunos reciben ayuda ocasional de sus seres cercanos, la mayoría se siente sola en el manejo de su enfermedad, es por lo que existe el deseo de crear espacios de apoyo mutuo donde se pueda recibir orientación, consejos y motivación para afrontar mejor la diabetes, lo que refleja una carencia en el apoyo social que podría facilitar su adherencia a las recomendaciones de autocuidado.</p>