

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**SENTIDO DE COHERENCIA Y CONTROL GLUCÉMICO EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2025**

PRESENTADO POR:

Br. DANIELA PATRICIA VENTURA CHAVEZ

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO**

ASESOR:

DR. JORGE LUIS CABEZAS LIMACO

CUSCO - PERÚ

2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro. CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesis titulada: "Sentido de Coherencia y Control Glucémico en Pacientes Diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025"

Presentado por: Daniela Patricia Ventura Chavez DNI N° 76907796

presentado por: DNI N°:

Para optar el título profesional/grado académico de Médico Cirujano

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 04 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 4%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 08 de mayo de 2025


JORGE LUIS CABEZAS LIMACO
MEDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 29844 - R.N.E. 16144
Firma

Post firma: JORGE LUIS CABEZAS LIMACO

Nro. de DNI: 23903098

ORCID del Asesor: 0000-0002-0823-3146

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.

2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: 27259:456436351

TESIS CORREGIDA, JURADO B.pdf

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:456436351

Fecha de entrega

6 may 2025, 8:50 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

6 may 2025, 8:54 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TESIS CORREGIDA, JURADO B.pdf

Tamaño de archivo

1.1 MB

80 Páginas

22.601 Palabras

123.813 Caracteres

4% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- ▶ Bibliography
- ▶ Quoted Text
- ▶ Cited Text
- ▶ Small Matches (less than 20 words)

Top Sources

- 3%  Internet sources
- 1%  Publications
- 3%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

1 Integrity Flag for Review

-  **Hidden Text**
38 suspect characters on 3 pages
Text is altered to blend into the white background of the document.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

DEDICATORIA

A Dios, por cada día. Por concederme *la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar; el valor para cambiar las cosas que puedo cambiar y la sabiduría para entender la diferencia*. Sin su guía y bendición, este logro no habría sido posible.

A familia, por su apoyo incondicional y su amor inconmensurable, por ser la tierra que me sostiene y el sol que me ilumina; por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia, porque por ustedes siempre tengo la claridad y determinación para lograr cada objetivo en mi vida, y la confianza para saber que siempre tendré un refugio en cada desafío; por ser mi pilar y creer en mí, incluso en los días en los que yo no lo hacía; por ser siempre la brújula y el faro en mi vida.

A mi mamá, Patricia, mi ejemplo de empatía, nobleza y bondad, por enseñarme que la verdadera fortaleza se esconde en los gestos sencillos, en la paciencia y en el amor incondicional; por ser mi mejor amiga y mi refugio en los días grises; por las palabras sabias, las sonrisas y abrazos que todo lo curan.

A mi papá, Ricardo, guía firme y de corazón justo, por mostrarme con su vida que la honradez no se predica, se practica; que la justicia e integridad nacen en las acciones pequeñas desde casa y continúan en cada paso que damos; por su fe inquebrantable en mí y por ser siempre un ejemplo de integridad y amor.

A mis hermanos, Ricardo y Rodrigo, por ser los pequeños que siempre amaré; gracias por su comprensión, compañía y amor inquebrantable, que me han enseñado que nunca estaré sola en este camino; por cuidarme siempre y por ser mi motivo y razón de seguir creciendo.

A mi abuelita, mi estrella eterna, quien desde el cielo me acompaña en cada paso; en tu recuerdo encuentro siempre la inspiración para ser más humana, mirar con ternura, escuchar con atención y acompañar con paciencia a mis pacientes; porque siempre seré: Tu doctora.

A mis amigos, por su aliento constante, por hacerme sonreír en los momentos más estresantes, por cada llamada o mensaje en los momentos difíciles, por siempre darme ánimos y por celebrar conmigo cada logro.

A mis maestros, quienes siempre me enseñaron a ser curiosa, a mirar a las estrellas y nunca rendirme, aquellos que con su sabiduría, paciencia y dedicación me guiaron en este camino; transmitiéndome no solo lo necesario para ser una gran médica, sino también, una gran persona.

A mis pacientes; tanto en la tierra, como a los que partieron y ahora me cuidan desde el cielo; por enseñarme que una palabra puede sanar, un abrazo puede sostener y una sonrisa puede iluminar. Por darme la fuerza y el motivo para buscar, cada día, ser la mejor versión de mí para ustedes.

Finalmente, a mis propias pérdidas, a los tránsitos dolorosos que marcaron mi camino y que, sin lugar a dudas, han sido momentos en los que descubrí mi esencia y mi capacidad; donde brotó con fuerza mi vocación de hacer felices a las personas que amo y mis ganas de superarme a mí misma; así también, a los destellos de luz en mi vida, instantes fugaces que dejaron huellas en mi corazón, cada segundo que me enseñó que siempre hay razones para sonreír y que son el reflejo de lo que hace que cada día valga la pena porque *lo esencial es invisible a los ojos*.

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, por ser mi alma mater, el hogar donde florecieron mis primeros pasos como médico y se forjaron los cimientos de mi vocación, gracias por abrirme las puertas del conocimiento y por brindarme las herramientas para crecer y permitirme descubrir el verdadero sentido de servir a través de la medicina; gracias por ser el lugar donde no solo adquirí conocimientos, sino también los valores que llevaré conmigo a lo largo de toda mi vida profesional.

A los Hospitales que me acogieron, donde el saber académico se transformó en experiencia y los pacientes, en maestros silenciosos que me enseñaron lecciones imposibles de encontrar en los libros. En cuyos pasillos comprendí que la medicina es un arte y que una sonrisa lo cura todo. Gracias por hacerme más humana y por ser el escenario donde aprendí, crecí y conocí a personas inolvidables.

A cada una de las ayudantías donde tuve el honor de compartir mis conocimientos; por brindarme la oportunidad de enseñar y ser parte de cada proceso de aprendizaje donde yo también crecí al ver el entusiasmo y curiosidad de los que me escuchaban; por permitirme ser parte del camino de quienes, con ansias, inician su travesía en la medicina; gracias por recordarme que la enseñanza es un acto de doble aprendizaje y por la oportunidad de dejar una pequeña huella durante mi efímero paso por la facultad.

Al servicio de endocrinología, donde este trabajo encontró su razón de ser; gracias por abrirme sus puertas, por la generosidad y cariño con la que me permitieron acercarme a los pacientes; a cada miembro del equipo por acompañarme con profesionalismo y calidez en cada paso.

A mis maestros, guías constantes en este recorrido, por su dedicación y entrega generosa; por compartir conmigo no solo su conocimiento, sino también su humanidad; a los que, siendo pequeña en la carrera me abrieron las puertas de un hospital, una UCI, o un consultorio para compartir sus conocimientos y mostrarme que enseñar es también cuidar, que ser buen médico implica no solo ser buen estudiante *sino también ser dedicado y responsable con cada uno de los pacientes* y que la humildad es de las mejores cualidades

que un profesional pueda tener. Gracias por cada consejo, cada reto, y por cada invitación a superarme. Por inspirarme a enseñar el amor a la medicina y las ansias de conocimiento.

A mi asesor de tesis, por su guía serena y su fe constante en este proyecto; gracias por caminar a mi lado con paciencia y convicción.

A mi familia, mi raíz y abrigo, gracias por todo el amor que me dan, por sostenerme con ternura y darme siempre un hogar; por escucharme siempre, por creer en mí y por ser, aun en la distancia, el motorcito que con cada latido me impulsa a ser mejor.

A mis amigos, cómplices de risas y trabajo, gracias por recordarme que la vida también se celebra entre sueños compartidos.

Este trabajo es el reflejo de cada persona que ha pasado por mi vida; porque no somos obra de un solo trazo sino un lienzo vivo tejido con cada pincelada de quienes estuvieron; cada momento ha dejado su color en mí y esta tesis no es más que el eco de todas esas huellas.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	IV
CONTENIDO.....	VI
INTRODUCCIÓN	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT.....	IX
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1. Fundamentación del problema.....	10
1.2. Antecedentes Teóricos.....	14
1.3. Formulación del problema.....	17
1.3.1. Problema General	17
1.3.2. Problemas Específicos.....	17
1.4. Objetivos de la investigación	18
1.4.1. Objetivo general	18
1.4.2. Objetivos específicos.....	18
1.5. Justificación.....	18
1.6. Limitaciones de la investigación.....	20
1.7. Aspectos éticos.....	20
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	22
2.1. Marco teórico	22
2.1.1. Sentido de coherencia.....	22
2.1.2. Salutogénesis	26
2.1.3. Control glucémico	27
2.1.4. Diabetes Mellitus.....	31
2.1.5. Relación entre Sentido de Coherencia y Control Glucémico	34
2.2. Definición de términos básicos	36
2.2.1. Control glucémico	36
2.2.2. Sentido de Coherencia	36
2.2.3. Salutogénesis	36
2.2.4. Diabetes Mellitus tipo 2.....	37
2.2.5. Comprensibilidad:	37

2.2.6. Manejabilidad:	37
2.2.7. Significación:.....	37
2.3. Hipótesis	37
2.3.1. Hipótesis general	37
2.3.2. Hipótesis específicas.....	38
2.4. Variables.....	38
2.4.1. Identificación de variables.....	38
2.5. Definiciones operacionales	39
3. CAPÍTULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	43
3.1. Tipo de investigación.....	43
3.2. Diseño de la investigación	43
3.3. Población de estudio y tamaño de muestra	44
3.3.1. Descripción de la población	44
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión	44
3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo	45
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos ..	47
3.4.1. Instrumento de SOC de Antonovsky	48
3.5. Plan de análisis de datos.....	49
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	51
4.1. Resultados.....	51
4.1.1. Análisis Univariado	51
4.1.2. Análisis Bivariado	56
4.1.3. Correlación con el Sentido de Coherencia	58
4.1.4. Correlación con el Control Glucémico.....	61
4.2. Discusión.....	63
4.3. Conclusiones.....	64
4.4. Sugerencias.....	65
CRONOGRAMA	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS.....	76
ANEXO 1. – MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	76
ANEXO 2. – INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	78

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por presentar una glicemia alta conjuntamente con otros cambios fisiopatológicos, cuya prevalencia ha ido en aumento en el último siglo y actualmente es la enfermedad no transmisible que se presenta con mayor frecuencia a nivel mundial. En Perú, representa un problema de gran importancia para la salud pública, generando más gastos en este ámbito, así como más repercusiones a largo plazo para el paciente.

Por otro lado, el Sentido de Coherencia, según Aaron Antonovsky, se define como el conjunto de recursos y competencias adquiridas que permiten que el ser humano tenga la capacidad para gestionar de forma más eficiente la tensión y el estrés relacionados con un problema, para afrontarlo de forma efectiva y buscar una solución para el mantenimiento de su propia salud física, mental, además de su calidad de vida y bienestar.

La presente investigación tiene como objetivo establecer una relación entre el nivel de Sentido de Coherencia de los pacientes diagnosticados con Diabetes tipo 2 en el Hospital Regional del Cusco durante el año 2025, y el control de la enfermedad, medido a través de la Hemoglobina Glicosilada, siendo esta última, un indicador indirecto de los hábitos del paciente, así como de su grado de adherencia al tratamiento y a las prácticas de autocuidado, todos los cuales influyen en el mantenimiento de niveles normales de glicemia.

Este estudio se organiza en tres capítulos fundamentales, diseñados para abordar de manera exhaustiva y detallada los aspectos cruciales de la investigación. En el primer capítulo, nos adentraremos en el problema de investigación, examinando sus múltiples facetas y contextualizándolo dentro de un marco más amplio. En el segundo capítulo, exploraremos el marco teórico, sumergiéndonos en las bases conceptuales y teóricas que proporcionan el fundamento necesario para comprender y abordar el problema planteado. Finalmente, el tercer capítulo se enfocará en los métodos de investigación, ofreciendo una visión detallada de la metodología utilizada para la recopilación, análisis y evaluación de datos. Esta estructura integral busca proporcionar una visión completa y sistemática del estudio en cuestión.

RESUMEN

“SENTIDO DE COHERENCIA Y CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2025”

Ventura D.

Antecedentes: Como lo expuesto en el estudio: “El efecto mediador del sentido de coherencia en la relación entre autocuidado y control glucémico de personas diabéticas”. El sentido de coherencia está directamente relacionado con los niveles de Glucosa Sérica y los niveles de HbA1C, representa así un parámetro importante en el autocuidado del paciente y consecuentemente en su control glucémico y la disminución del riesgo de presentar complicaciones. **Métodos:** La presente investigación es de tipo cuantitativa, correlacional. Se trata de un diseño de casos y controles no experimental y prospectivo. Para cuya realización se estimó una población total de 213 participantes. **Resultados:** Un mayor puntaje de SOC se relacionó positivamente con el Control Glucémico (OR = 6.79, $p < 0.00001$).

Palabras clave: Sentido de Coherencia, Control glucémico, Diabetes Mellitus tipo 2.

ABSTRACT

“SENSE OF COHERENCE AND GLYCEMIC CONTROL IN PATIENTS DIAGNOSED WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT THE CUSCO REGIONAL HOSPITAL, 2025”

Ventura D.

Background: As stated in the study: "The mediating effect of the sense of coherence in the relationship between self-care and glycemic control in diabetic people." The sense of coherence is directly related to Serum Glucose levels and HbA1C levels, thus representing an important parameter in patient self-care and consequently in their glycemic control and the decreased risk of complications. **Methods:** This research is quantitative, correlational. It is a non-experimental and prospective case-control design. For which a total population of 213 participants was estimated. **Results:** A higher SOC score was positively associated with Glicemic Control (OR = 6.79, $p < 0.00001$). **Keywords:** Sense of Coherence, Glycemic control, Type 2 Diabetes Mellitus

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

La Diabetes Mellitus es actualmente una de las enfermedades no transmisibles que se presentan con mayor frecuencia a nivel mundial, esta patología afecta a la mayoría de las poblaciones en países en vías de desarrollo, así como en regiones más desarrolladas, y se asocia con altas tasas de morbilidad y mortalidad ^[1]. Su prevalencia ha ido aumentando exponencialmente, según la Federación Internacional de Diabetes, 537 millones de personas viven actualmente con esta enfermedad y se proyecta que para 2045 aproximadamente 700 millones de personas la padezcan en todo el mundo, llegando a provocar más de 4 millones de muertes al año ^[2]. La Organización Panamericana de la Salud informó de que aproximadamente 62 millones de personas la padecían en las Américas; considerándose también una de las principales causas de mortalidad con 1.5 millones de muertes atribuidas cada año ^[3].

En el año 2020 en Perú, el 4.5 % de la población de 15 años a más padecían de Diabetes Mellitus ^[4], estando este número en aumento para el 2021, donde se presentaron en total 1.3 millones de pacientes de entre 20 a 79 años; estimándose que en este mismo grupo etario para el año 2045 se contarían con 1.9 millones de afectados ^[2]. Como señalan Carrillo y Bernabé, en su estudio de prevalencia de esta patología, aproximadamente se registran 2 casos nuevos por cada 100 personas al año en Perú ^[5]. Mientras que, en el contexto de la pandemia fueron notificados más de 32 mil pacientes nuevos a nivel nacional, con más de la cuarta parte registrados en el primer semestre del 2022 ^[6]. La Diabetes también ocupa el sexto lugar como causa de mortalidad general nacional ^[7]. Asimismo, en el departamento del Cusco, la Diabetes Mellitus fue reportada como octava causa de mortalidad, con 196 fallecidos por año en esta ciudad en el año 2018 ^[8]; la tendencia al aumento del número de casos se repite, como lo observado a nivel nacional, teniendo más de 100 pacientes diagnosticados mensualmente en ESSALUD – Cusco ^[9], actualmente, en el Hospital Regional del Cusco son registrados más de 300 pacientes por año en los últimos 4 años ^[10].

La Diabetes Mellitus es la enfermedad no transmisible que se asocia al desarrollo de más complicaciones crónicas y otras comorbilidades en los pacientes; siendo una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal, ataques cardíacos, accidentes

cerebrovasculares y amputación de miembros inferiores ^[3]; siendo todas estas significativas porque generan un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la enfermedad, así como el costo sanitario para la atención. Según el estudio del Dr. Luis Revilla sobre la Epidemiología de la Diabetes en el Perú, para el año 2021 a nivel nacional, se tuvo 5 835 casos nuevos que presentaban complicaciones por la enfermedad, acumulando así un total de 22 458 pacientes con complicaciones; de los cuales, se contabilizaron aproximadamente 6 098 pacientes con polineuropatía diabética, 2 697 pacientes con nefropatía diabética, 2 419 pacientes con pie diabético y 1 758 pacientes con retinopatía diabética ^[7]. En el Hospital Regional del Cusco, en los últimos 10 años, se registran más de 700 pacientes ingresados a hospitalización con el diagnóstico de Diabetes, siendo la Cetoacidosis Diabética la principal complicación asociada ^[11].

El principal parámetro predictor para el desarrollo de complicaciones de la Diabetes es el mal control glucémico; el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) describe que, para el año 2021, el número de pacientes con un mal control glucémico en Perú suponía más del doble que el número de los pacientes controlados adecuadamente; mientras que, en el departamento del Cusco aproximadamente el 80 % (329 de 411 muestras) no tenían un buen control glucémico en el mismo año ^[7]. Se informa además, que más de la mitad de los pacientes que fueron atendidos en consultorio externo del Hospital Regional del Cusco en los últimos 5 años no se encontraban compensados ^[10].

Una de las principales causantes del incremento de la prevalencia de pacientes que presentaban un mal control glucémico es la “no adherencia” al tratamiento; se conoce, gracias al estudio realizado por el Grupo de Investigación de Ensayos sobre Control y Complicaciones de la Diabetes, que un tratamiento adecuado disminuye el riesgo de complicaciones ^[12]. Lamentablemente, el inadecuado control glucémico es bastante prevalente en los pacientes que padecen de Diabetes Mellitus tipo 2 ^[13]; un estudio realizado en nuestro país reportó que la realización de actividades de autocuidado en pacientes diabéticos fue inadecuada en más de la mitad de ellos, siendo el control estricto de la glucosa el de mayor cuidado inadecuado, representando el 87.06 % ^[14]. Se describe además, en estudios realizados en Hospitales Nacionales, que solo un 33 % de pacientes presentaban una adecuada adherencia al tratamiento ^[15], siendo el conocimiento de las

consecuencias y complicaciones de la enfermedad, uno de los factores que más han influido en la decisión de continuar estrictamente con la medicación.

Se sabe que la Diabetes Mellitus tipo 2, al ser un trastorno crónico, puede ir acompañada por repercusiones en la salud mental del paciente; siendo la alteración de esta un factor importante para el incumplimiento del tratamiento y controles glucémicos inadecuados generando así la presentación precoz de complicaciones ^[16,17]. Una de las principales alteraciones observadas en los pacientes es la pérdida de coherencia interna, concepto propuesto por Aaron Antonovsky, el cual nos da un enfoque alternativo y la define, dentro del modelo salutogénico, como un recurso que permite que las personas gestionen de mejor forma la tensión, identificando y siendo conscientes de sus recursos internos y externos para poder usarlos en la búsqueda de soluciones en pro de su propia salud física, mental, calidad de vida y bienestar ^[18] y protegerse del efecto negativo de los factores estresantes de la vida sobre estos ^[19,20]; esto implica que el paciente asume una posición lógica y consecuente para organizar la información recibida y actuar en congruencia con esa posición, llevándolo a percibir su padecimiento en 3 formas: como comprensible, que se manifestaría como el sentimiento generalizado de confianza en la explicabilidad de los estímulos internos y externos; manejable, porque sabe que tiene los recursos necesarios que lo ayudarán con el manejo de estos estímulos; y significativo, tomándolos como desafíos que requieren tiempo y compromiso para ser superados ^[19]. Por lo que va a escoger los recursos positivos y las mejores técnicas de afrontamiento ante este, tales como una adecuada adherencia al tratamiento, mantenimiento de la dieta y la realización de ejercicio para mantener y mejorar su salud ^[21,22].

La evidencia muestra que los pacientes que tienen un diagnóstico reciente de Diabetes Mellitus experimentan cambios en la capacidad de afrontamiento de la enfermedad en comparación con los que no sufren de este padecimiento; se halló en el estudio de Ramos D. y colaboradores que tenían hasta 5 veces más probabilidad de presentar estas variaciones ^[23]. Las prácticas de autocuidado y la adherencia al tratamiento, con el consecuente control glucémico están relacionados fuertemente a la variable principal, el Sentido de Coherencia ^[24,25] y como lo indica Nuccitelli, los pacientes con puntuaciones bajas de SOC, al presentar una menor capacidad de adaptabilidad con su enfermedad, tienen un peor control glucémico ^[26].

El sentido de coherencia entonces se puede evaluar en sus 3 componentes: cognitivo (comprensibilidad), instrumental o de comportamiento (manejabilidad) y motivacional (significatividad) ^[27] mediante el instrumento creado por el mismo autor de la teoría; este, se considera un instrumento altamente confiable y válido que puede ser aplicado en diferentes contextos, además de funcionar como un predictor para la buena salud del paciente a corto y a largo plazo ^[18].

En diferentes estudios, los datos encontrados respecto a la Coherencia Interna son contradictorios ^[28]. Algunos estudios indican, respecto a su asociación con la Diabetes Mellitus, que las puntuaciones más altas se correlacionan con un mejor control glucémico ^[24,29,30], prevención del desarrollo de esta enfermedad ^[31] y mejoras significativas en el estilo de vida ^[25,32]; mientras que, otras investigaciones mostraron que no existe una relación entre la puntuación de coherencia interna y los resultados del tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 ^[33], el nivel de Hemoglobina Glicosilada ^[34] y el control metabólico ^[35]. Actualmente en Perú no existen estudios que nos muestren una relación clara entre ambas variables a estudiar.

Sin embargo, en otros trastornos crónicos un puntaje de SOC alto se relacionó de forma positiva con los pacientes; por ejemplo, en otros tipos de Diabetes, se relacionó con un mejor manejo de esta patología incluso durante el contexto de la pandemia por Covid-19 ^[36]; en pacientes con enfermedad cardiovascular se asoció al aumento de calidad de vida y actividades de autocuidado ^[37]; en personas que padecían cáncer, se relacionó con una mejor percepción de salud física y psicológica ^[38,39]; en pacientes con VIH se asoció con un mejor manejo de su enfermedad y adherencia al tratamiento ^[40]; en pacientes en hemodiálisis se relacionó a una mejor calidad de vida ^[41]; e incluso en la población en general, se observó una reducción de la mortalidad general ^[42,43].

Se sabe que la Diabetes Mellitus es una patología crónica y compleja que requiere atención médica constante con enfoques integrales para reducir los riesgos que van más allá del manejo de los niveles de Glucosa; la educación continua y el apoyo para el autocontrol son esenciales para empoderar a los pacientes; la importancia de realizar este estudio se fundamenta principalmente en la necesidad de resaltar el valor del abordar de forma integral al paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 considerando diferentes perspectivas con el fin de optimizar el tratamiento, en lugar de simplemente enfocarse en

el paciente como “la enfermedad” sino teniendo un enfoque más amplio que contemple puntos de vista tanto humanísticos y psicológicos; el SOC además, es un recurso que forma parte de la teoría salutogénica que debe considerarse en el diseño y la implementación de intervenciones y estudios de investigación relacionados con la salud [44], ya que se ha demostrado que una atención personalizada y enfocada en las características inherentes del paciente con trastornos crónicos, tiene una mejora en la adherencia al tratamiento de este, disminuyendo la tasa de complicaciones y consecuentemente mejorando su calidad de vida [45].

Según la última guía de la *Asociación Americana de Diabetes*, es prioritaria la identificación y el abordaje de determinantes sociales que influyen en el manejo de la Diabetes Mellitus, así como la implementación del trabajo multidisciplinario para la obtención de un adecuado control de esta patología y el mantenimiento de este a largo plazo [46]. Adicionalmente a esto, en Perú, el estudio de la Diabetes, así como el ámbito de la Salud mental, ocupan lugares destacados como Prioridades de Investigación a nivel Nacional [47].

1.2. Antecedentes Teóricos

Ramos D, García L, Dichi M (México, México – 2023) en su estudio titulado “Sentido de Coherencia en debutantes de Diabetes Mellitus 2: estudio tipo casos-controles” realizaron una investigación, cuyo objetivo fue cuantificar la extensión de la relación entre el SOC y la ausencia de Diabetes mellitus tipo 2 en pacientes identificados en PREVENIMSS; este, tuvo un diseño de casos y controles y su tamaño muestral fue de 101 personas en casos y 202 respecto a los controles a los cuales se les aplicó el cuestionario SOC - 29, la asociación fue analizada por el paquete estadístico de IBM SPSS®. Los resultados evidenciaron que en ambos grupos el puntaje SOC está relacionado (Chi cuadrado 11.24; $p=0.001$); las personas que presentaron inicios de DM2 tienen cinco veces más posibilidades de tener un puntaje SOC bajo en comparación de las personas que no lo tienen (OR = 5.3123; IC95 % = 1.81 – 15.53). Se llegó a la conclusión de que el SOC bajo precedió al inicio de la DM2, revelando la importancia del manejo multidisciplinario en el enfoque del tratamiento de estos pacientes [23].

Márquez JH, Urzúa A, Calderón C, et al. (Ciudad Guzman, México – 2021) en su estudio titulado “El efecto mediador del sentido de coherencia en la relación entre

autocuidado y control glucémico de personas diabéticas”, realizaron una investigación, cuyo objetivo fue evaluar el efecto mediador del sentido de coherencia (SOC) en la relación entre autocuidado (AC) y glucemia de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2; este estudio fue observacional, de corte transversal y su tamaño muestral fue de 220 pacientes a los cuales se aplicaron dos instrumentos diferentes, uno para autocuidado y otro para sentido de coherencia, siendo estos la Escala de actividades de autocuidado en Diabetes y el cuestionario de SOC - 13 en su versión corta respectivamente, la asociación entre estas dos variables fue dada mediante los programas SPSS® y MPLUS®. Los resultados evidenciaron que el valor medio de HbA1c fue de 8.1 % (DE = 2.1), mientras que el puntaje en la escala de Sentido de Coherencia aplicada tuvo una media de 59.4 (DE = 15.4); finalmente, el autocuidado y el sentido de coherencia mostraron que tienen un efecto directo (significativo) sobre los niveles de Glucosa sérica mientras que por sí solas se relacionan de forma significativa y negativa, para AC y HbA1c (-0.460, $p < 0.01$) y para SOC (-0.444, $p < 0.01$). Concluyendo así de que la regulación de la glucosa constituye un fenómeno de múltiples causas, dentro de ellas, el SOC tiene un importante valor en el autocuidado del paciente y consecuentemente en la glucemia de este [21].

Nuccitelli C, Valentini A, Caletti, MT, et al. (Bologna, Italia – 2017) en su estudio titulado “Sentido de Coherencia, autoestima y locus de locus de control de la salud en sujetos con Diabetes Mellitus tipo 1 con/sin control metabólico satisfactorio”, realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre aspectos emocionales y cognitivos relacionados con la enfermedad y el control metabólico en sujetos con Diabetes Mellitus tipo 1; esta fue de corte descriptivo - transversal mediante el uso de cuestionarios validados con una población de 67 personas con un control glucémico inadecuado y 30 con un control metabólico adecuado. El análisis estadístico de estos datos fue dado en StatView 5.0. Los resultados mostraron que el SOC se asoció negativamente con la HbA1c promedio ($r = -0.299$; $p = 0.004$); mientras que, un puntaje elevado de SOC se asoció a un buen control de la salud en general (OR = 1.24; IC95% = 1.03 – 1.49; $P = 0.024$). Concluyendo así de que los pacientes con puntuaciones bajas de SOC, que se manifiesta por una menor capacidad de adaptabilidad con su enfermedad, tienen un peor control glucémico que los pacientes que presentan puntuaciones altas en esta escala; y

nos enfatiza la importancia de la aplicación de estrategias destinadas a mejorar la salud mental en este grupo poblacional [26].

Merakou K, Koutsouti A, Antoniadou E, et al. (Lebadea, Grecia – 2013) en su estudio titulado “Sentido de Coherencia en personas con y sin Diabetes Mellitus tipo 2: Un estudio observacional de Grecia”, realizaron una investigación cuyo objetivo fue explorar hasta qué punto la Diabetes mellitus tipo 2 puede afectar la puntuación del Sentido de Coherencia (SOC); esta fue de diseño observacional con 2 poblaciones diferentes, una de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y la otra con pacientes con enfermedades ortopédicas no crónicas cuyos tamaños muestrales fueron de 100 y 102 personas respectivamente; a todos estos se les brindó la Escala de SOC de Antonovsky en su versión larga (SOC - 29). La comparación de estos grupos se realizó usando el software estadístico IBM SPSS 19® para el análisis de los datos, el cual nos dio como resultado que los encuestados sin Diabetes Mellitus tipo 2 tenían 2.4 veces más probabilidad de tener una puntuación SOC alta que los que la padecían (OR = 2.35; IC95 % = 1.06 – 5.23) y que los pacientes masculinos tenían 3.9 más probabilidades de tener una puntuación SOC más alta que las pacientes femeninas (OR = 3.85; IC95 % = 1.71 – 8.67). Se concluyó que el SOC es un participante activo como determinante de la salud en pacientes con Diabetes Mellitus, estos hallazgos, mencionan, pueden servir para la implementación de programas de promoción de la salud, en el ámbito de la atención primaria [28].

Ahola AJ, Saraheimo S, Forsbom C, et al. (Helsinki, Finlandia – 2010) en su estudio titulado “Las asociaciones transversales entre el sentido de coherencia y las complicaciones microvasculares diabéticas, el control glucémico y las concepciones de los pacientes sobre la Diabetes Mellitus tipo 1”, realizaron una investigación, cuyo objetivo fue investigar si un elevado SOC se asocia al control glucémico y complicaciones microvasculares entre los pacientes con Diabetes tipo 1; esta, fue de corte transversal y su tamaño muestral fue de 1 264 pacientes a los cuales se les brindó el cuestionario SOC de 13 ítems de Antonovsky para que lo llenaran en sus domicilios, además de solicitárseles responder varias preguntas sobre su Diabetes en el momento de la consulta, adicionalmente se les tomó la Hemoglobina glicosilada como marcador de control glucémico. La comparación entre estos grupos se realizó con el Chi cuadrado y fueron analizados con el paquete estadístico SPSS®. Finalmente se tuvo que, 61% de los

pacientes devolvieron las encuestas, se demostró que los pacientes que devolvieron el cuestionario tenían una diabetes de mayor duración y eran mayores; la puntuación de SOC se asoció negativamente con las puntuaciones de HbA1c ($r = -0.116$, $p < 0.001$), complicaciones ($r = -0.163$; $p < 0.001$) e hipoglucemia ($r = -0.342$, $p < 0.001$). Concluyendo así de que una puntuación menor de SOC se asocia a peor control glucémico [25].

Galletta M, Cherchi M, Cocco A, et al. (Cerdeña, Italia – 2019) en su estudio titulado “Sentido de Coherencia y calidad de vida relacionada con la salud física en pacientes crónicos italianos: el papel mediador del componente mental”, realizaron una investigación, cuyo objetivo fue analizar el puntaje SOC y la calidad de vida relacionada con la salud física en pacientes que sufren enfermedades crónicas; esta fue de corte transversal, donde se proporcionó la encuesta SOC - 13 y el Shortform - 36 a una población de 209 participantes en total, los cuales presentaron 3 patologías crónicas siendo estas Diabetes, trastornos de la tiroides y cáncer; con un número de 71, 77 y 61 respectivamente. Estos datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS®. Se obtuvo que el SOC está relacionado directamente con la salud mental de los pacientes ($\beta = 0.81$; $p < 0.001$; IC95 % = 0.62 - 0.99) y esta, indirectamente con la salud física y el mantenimiento de un buen estado de salud en los pacientes con patologías crónicas. Los hallazgos de este trabajo respaldan la necesidad de priorizar actividades de promoción de la salud dirigidas y personalizadas, sobre todo con el enfoque en salud mental [48].

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la asociación entre los niveles del Sentido de Coherencia y el Control Glucémico en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel de Sentido de Coherencia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025?

- ¿Cuál es el valor de Hemoglobina Glicosilada en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre los niveles del Sentido de Coherencia y el Control Glucémico en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

- Cuantificar el nivel de Sentido de Coherencia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025.
- Estimar el valor de Hemoglobina Glicosilada en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025.

1.5. Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Salud se define como un estado de “completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de enfermedad” ^[49]. Este estado es resultado de la relación entre diferentes condiciones, dentro de las cuales encontramos las propias de la biología, las mentales, culturales, sociales, económicas, y su interacción con el entorno y la sociedad. Por lo que, cumpliendo con las directrices y requerimientos propuestos por la OMS, en cuanto a la importancia de priorizar la dimensión propiamente humana, se les exhorta a los profesionales de la salud a no limitar su enfoque únicamente en la enfermedad, se les insta a considerar el conjunto amplio de características individuales de cada paciente, tales como su contexto (el medio en el que vive, su entorno social, su trabajo, familia, etc.), las características psicológicas propias de cada uno, las adversidades que atraviesa y los posibles problemas que podrían afectar de manera negativa su tratamiento y consecuentemente su proceso de recuperación.

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades no transmisibles con más prevalencia en nuestro país y que se asocia a altas tasas de morbilidad y mortalidad,

situándose dentro de las 10 primeras causas de fallecimiento a nivel nacional y a nivel regional ^[7,8]. Dentro de las políticas para el control de la enfermedad, además de adoptar medidas de prevención para atenuar el incremento de casos, se debe implementar programas de salud que realicen el seguimiento a los pacientes ya diagnosticados con el fin de disminuir el riesgo de padecer complicaciones propias de la enfermedad tales como: Nefropatía Diabética, Retinopatía diabética, Neuropatía Diabética, Pie Diabético y otras.

Se sabe que, un medidor confiable que podría predecir el desarrollo de complicaciones es la Hemoglobina Glicosilada; desafortunadamente en nuestra población, este parámetro no muestra un control adecuado, siendo más de las dos terceras partes del número de pacientes que no logran mantener un nivel óptimo que demuestre el control de la enfermedad ^[7].

Entonces, se plantea la pregunta: ¿Qué lleva al paciente a no tener un adecuado control glucémico a pesar de que aparentemente se le da la atención y medicación adecuadas? La búsqueda de la respuesta a esta pregunta es uno de los ejes principales de este estudio, el cual incluye la evaluación y análisis de un parámetro poco evaluado e intrínseco del paciente, que podría intervenir en las medidas y cuidados farmacológicos y no farmacológicos que adopta este para el control de su enfermedad y consecuente prevención del desarrollo de las complicaciones antes mencionadas, este parámetro es el Sentido de Coherencia y nos dará una visión diferente y más completa de la relevancia que tiene el componente psicológico de la persona en el proceso de tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.

Tradicionalmente, la atención de los pacientes diagnosticados con esta patología ha sido principalmente influenciada por el enfoque biomédico, el cual se limita a la evaluación de los aspectos físicos de la salud y enfermedad; poniendo énfasis en las medidas que reducirían los factores de riesgo e identificando predictores de morbilidad, discapacidad y mortalidad; dejando de lado los determinantes psicosociales y contextuales que también influyen en el curso de la enfermedad. Se ha demostrado que los factores intrínsecos (sexo, edad, grado de instrucción, etc.) y extrínsecos (apoyo familiar, contexto social), se ven relacionados directamente con deficiencias en el cumplimiento terapéutico ^[50], siendo este una de las principales causas de un mal control de la enfermedad y presencia de complicaciones en estos pacientes.

El presente estudio tiene como objetivo demostrar que adoptar solo estas medidas no es suficiente para el control de la enfermedad, sino que es necesario incorporar modelos de promoción de la salud que sean multidimensionales, teniendo en cuenta también la participación de otros profesionales de la salud en el tratamiento de los pacientes, todo esto con el fin de que se instauren modelos enfocados en la salud mental que permitan evaluar a las personas de forma integral y proporcionándoles las herramientas necesarias para resaltar su capacidad de controlar activamente su salud, considerando el cumplimiento del tratamiento farmacológico, al mismo tiempo que se destacan los factores que contribuirían a mantener y aumentar su sensación de bienestar.

Cabe resaltar que la presente investigación será la primera en proporcionar información sobre el impacto que tiene el diagnóstico de una enfermedad crónica en los pacientes para gestionar sus herramientas de afrontamiento de forma autónoma a largo plazo, revelando aspectos clave sobre los desafíos y ajustes que enfrentan en este contexto, siendo estos importantes para la realización de actividades de autocuidado que determinarán el posterior control o no de la enfermedad, conllevando al aumento o disminución de la probabilidad de complicaciones de la Diabetes Mellitus.

1.6. Limitaciones de la investigación

- La utilización del SOC – 15 puede ser de resolución lenta para el paciente, por lo que se le brindará la tutoría adecuada, respondiendo todas las dudas y resolviendo las dificultades que pueda tener este en el llenado del instrumento.
- Existe el riesgo de sesgo de memoria, para el control de esta limitación se solicitará que un familiar brinde su apoyo, se realizará el cuestionario en un ambiente tranquilo y sin interrupciones; además, se contará con otros medios, como calendarios y fechas importantes, para afianzar la memoria del paciente.
- El cuestionario no contempla a las personas que no hablen el idioma español, por lo que la adaptación de este a través de la traducción verbal será llevada a cabo por el personal de salud o con la ayuda de un familiar acompañante.

1.7. Aspectos éticos

La información obtenida en esta investigación se manejará y analizará con los protocolos de total confidencialidad y privacidad; realizándose en cumplimiento de los

tres principios de bioética: respeto a las personas, beneficencia y justicia, estipulados en el Reporte de Belmont ^[51]; y los principios pactados en la Declaración de Helsinki, tales como: el respeto por el individuo, el derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones después de que se le haya informado sobre las características de la realización del estudio ^[52]; los resultados obtenidos serán exclusivamente de uso académico-científico para la contribución al conocimiento de la comunidad científica.

Además, buscando la comodidad y seguridad del paciente, se le informará de los procedimientos a realizar, se resolverán las dudas e inquietudes de este y no se procederá de no contar con el consentimiento informado estipulado en el Código de Nuremberg ^[53]; finalmente, se aclara que el paciente puede tomar la decisión de retirarse del estudio en cualquier momento de la toma de datos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco teórico

2.1.1. Sentido de coherencia

2.1.1.1. Definición

El Sentido de Coherencia (SOC), es un concepto que fue introducido originalmente por el psicólogo Aaron Antonovsky como parte de su teoría salutogénica. El SOC es un concepto que poco a poco fue siendo relacionado con la adquisición de diferentes competencias que permitirían al paciente afrontar su enfermedad ^[29].

Se define como el conjunto de recursos vinculados a la salud, que permiten que las personas tengan una mejor gestión psicológica sobre la tensión y el estrés. Esta se daría gracias a la identificación, comprensión y concientización de estos recursos internos y externos de los que se dispone para afrontar un problema de forma efectiva y buscar una solución para el mantenimiento de su propia salud física, mental, además de su calidad de vida y bienestar ^[18,54]. Implica la habilidad cognitiva de adoptar una perspectiva lógica y coherente que facilite la organización de la información recibida y permita orientar las acciones del paciente de forma congruente con dicha perspectiva, la cual finalmente permitiría una toma de decisiones consistente y fundamentada ^[55], llevándolo a percibir su padecimiento desde 3 ejes: como comprensible, que se manifestaría como el sentimiento generalizado de confianza en la explicabilidad de los estímulos internos y externos; manejable, el paciente sabe que tiene los recursos necesarios que lo ayudarán con el manejo de estos estímulos; y significativo, tomándolos como desafíos que requieren tiempo y compromiso para ser superados ^[19]. Esto lleva a que la persona escoja los recursos positivos y las mejores técnicas de afrontamiento ante este padecimiento, tales como el cumplimiento del tratamiento y una adecuada adherencia a este, el mantenimiento de la dieta y la realización de actividad física para mantener y mejorar su salud ^[21,22].

Como el autor indicó en el Congreso Europeo sobre Salud Mental en Familias Europeas: “Cuanto más fuerte sea el SOC de una persona, más capaz será de movilizar recursos neguentrópicos (refiriéndose a estos como la tendencia que tiene un sistema, en este caso el paciente, de mantener el orden y estructura internos para hacer frente a las

variaciones que podrían alterar la homeostasis tanto física como psicológica), de hacer frente con éxito a los estresores endémicos y omnipresentes de la vida y por lo tanto de avanzar hacia un nivel más alto de salud general” [54].

Se hace énfasis en que el conjunto de recursos de afrontamiento que presenta la persona también puede ser usado como método de protección ante otros estímulos estresantes que pueda tener esta [19]. Sin embargo, no es parte de los rasgos de la personalidad ni se refiere a las estrategias de afrontamiento inherentes y específicas de cada paciente para cada problema [56].

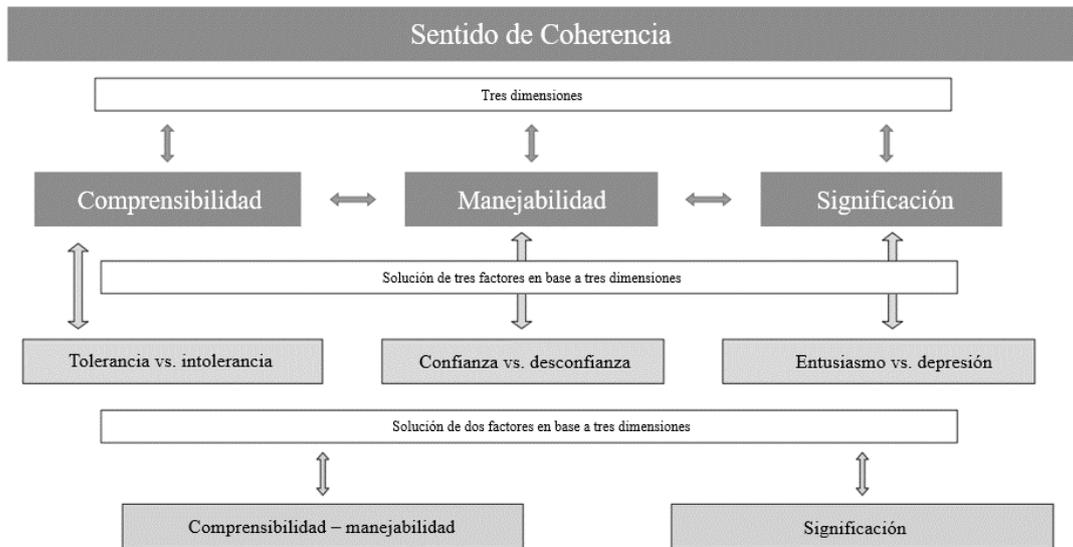
El sentido de coherencia tiene un carácter multidimensional y se puede evaluar en sus 3 componentes: cognitivo (comprensibilidad), instrumental o de comportamiento (maneabilidad) y motivacional (significatividad) [27,57]; mediante el cuestionario creado por el mismo autor de la teoría; este, se considera un instrumento altamente confiable y válido que puede ser aplicado en diferentes contextos.

2.1.1.2. Dimensiones del Sentido de Coherencia

- **Comprensibilidad:** Es el componente cognitivo, hace referencia a la creencia de que el mundo es ordenable y con esto puede explicar los diferentes estímulos que recibe; este componente permite que tengamos una perspectiva de cómo el paciente observa el problema y la realidad, llevándonos a entender de que los pacientes que tienen una elevada comprensibilidad ven la información como ordenada y estructurada en comparación de los que no, que la verían de forma más desordenada y caótica [54,55,58].
- **Maneabilidad:** Es el componente instrumental, lleva a la persona a considerar que tiene a su disposición los recursos necesarios para afrontar el problema de la forma correcta; ya sea por sus medios propios o con la ayuda de personas externas a él, tales como sus amigos, familiares, médicos, etc. [54,55,58]
- **Significación:** Es el componente motivacional, se refiere al deseo de hacer frente a los problemas, proporciona la fuerza motriz que permite que la persona considere el afrontar el problema como un desafío valioso el cual es merecedor de su tiempo y esfuerzo para solucionarlo [54,55].

Moawia y colaboradores organizaron un gráfico en base al concepto de que el Sentido de Coherencia es un concepto multidimensional [59]:

Figura 1.
Sentido de Coherencia como aspecto multidimensional [59]



2.1.1.3. Test de Antonovsky (SOC - 13)

La escala que mide el constructo del sentido de coherencia (SOC) es un cuestionario semántico, cuya elaboración sigue la orientación proporcionada por la teoría de las facetas de Guttman. Esta metodología nos posibilita vincular de manera sistemática el diseño de la investigación, la recopilación de datos y su posterior análisis estadístico [60,61].

Esta escala, formulada originalmente por Aaron Antonovsky, tiene 3 presentaciones: una larga, de 29 ítems denominada SOC - 29; una versión reducida de 13 ítems, denominada SOC - 13 y una versión usada últimamente denominada SOC - 15. En las cuales se operativizan las 3 dimensiones del Sentido de Coherencia, evaluando la comprensibilidad (implica una percepción de claridad y entendimiento en relación con los factores que influyen en el entorno interno y externo, que se manifiesta como un sentimiento generalizado de confianza en la capacidad de entender y explicar los estímulos, tanto aquellos que provienen del interior como los que tienen origen externo al individuo); la manejabilidad (entendido como la percepción y el reconocimiento de la persona de que posee los recursos esenciales y necesarios para enfrentar con éxito y

gestionar los estímulos que se presentan en su entorno; e implica una confianza en la capacidad propia para lidiar con los desafíos) y la significación (la persona los contempla como desafíos que demandan tiempo y un compromiso sostenido para ser superados; en este contexto, el individuo atribuye importancia y valora el proceso de abordar estos estímulos, reconociendo la necesidad de esfuerzo continuo y dedicación para superar los retos presentes en su vida).

La primera versión de esta escala fue evaluada por el mismo autor con la realización de más de 20 estudios en 20 países y siendo traducida a más de 33 idiomas, dando un puntaje de validez interna alto, con un Alfa de Cronbach de 0,8 a 0,95 ^[57,62]. No obstante, cabe destacar que esta versión ha sido mayormente utilizada y validada en naciones europeas; por lo tanto, se percibe la necesidad de abordar con atención este proceso, ya que se requiere una adaptación de la escala original para que sea más pertinente a la realidad latinoamericana. En este sentido, la creación de la nueva escala reducida y acorde a los países a estudiar, se presenta como un paso crucial para su aplicación en nuestro contexto; es así como Doris Ortiz y colaboradores desarrollaron un instrumento con alta confiabilidad y validez, el cual cuenta con 15 ítems, que a diferencia de la escala reducida (SOC - 13) está adecuada para su utilización en nuestra realidad y puede ser calificado del 1 al 5 en gráficos tipo Likert; los autores señalan que esta ofrece resultados más favorables, lo cual se atribuye a la claridad de las preguntas y su vinculación con conceptos comunes en el uso cotidiano de los residentes de habla hispana; esto busca optimizar la aplicabilidad de la escala en contextos clínicos propios de Latinoamérica. La escala tiene un rango de puntuación que tiene puntajes que van desde el 15 a 75 y su interpretación se basa en la suma total de los ítems del cuestionario de Antonovsky, un puntaje de 56 o menor a este indica un Sentido de Coherencia bajo, mientras que, valores superiores reflejan un SOC adecuado; este punto de corte es propuesto por los autores del estudio mencionado ^[63].

Se ha demostrado que este instrumento es confiable, factible, válido y aplicable en diferentes niveles (individual, grupal, social), contextos y culturas; esto se debe a que las variables estudiadas están vinculadas con resultados de salud tanto en su componente mental como físico, así como con una disminución de la mortalidad por cualquier causa; por lo que, lo hace ideal para cuantificar el Sentido de Coherencia en cualquier

paciente ^[57]; además de funcionar como un predictor para la buena salud del paciente a corto y a largo plazo ^[18].

2.1.2. Salutogénesis

La salutogénesis es un principio conceptual que se enfoca en identificar y comprender los factores que fomentan la salud y el bienestar, en contraposición a centrarse en aquellos que son causantes de enfermedades. La perspectiva salutogénica abarca la interacción dinámica entre el individuo, la comunidad y el entorno, donde los recursos individuales y comunitarios se movilizan para fortalecer la salud y el bienestar. Este concepto se fundamenta en la utilización de diversos recursos, como los económicos, sociales, estilos de vida saludables, autoestima, experiencia y conocimientos.

Además, destaca la capacidad de identificar y reutilizar estos recursos de manera efectiva para promover la salud. La destreza para identificar y utilizar recursos de manera eficaz con el fin de enfrentar situaciones estresantes y promover la salud podría ejercer una influencia beneficiosa en el estado de salud personal. Esta capacidad se encuentra intrínsecamente vinculada al concepto de sentido de coherencia, que engloba la percepción de la comprensión, manejabilidad y significado de la vida, influyendo así en la capacidad para abordar desafíos y mantener un bienestar general ^[64,65].

La literatura existente sugiere que el modelo salutogénico desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud, fortalece la resiliencia y contribuye a condiciones positivas tanto en la salud física como mental. Diversas investigaciones han revelado que el sentido de coherencia (SOC) tiene la capacidad predictiva de la satisfacción con la vida en pacientes que enfrentan problemas de salud mental. En una revisión sistemática, se ha señalado que el SOC está asociado con la calidad de vida en diversas poblaciones de pacientes ^[66,67].

Es importante destacar que la calidad de vida relacionada con la salud se conceptualiza como un fenómeno multidimensional que abarca no solo los aspectos físicos, sino también los mentales y sociales de la salud de un individuo, así como su interacción con el entorno. Estos hallazgos subrayan la importancia del enfoque salutogénico y el SOC en la comprensión y mejora de la calidad de vida en diferentes contextos y poblaciones ^[67].

2.1.3. Control glucémico

El Control Glucémico hace referencia al conjunto de acciones destinadas a mantener los niveles de Glucosa sérica dentro de rangos fisiológicamente normales, definidos en pacientes diagnosticados con Diabetes como: una glicemia en ayunas menor a 130 mg/dl, Glicemia tomada al azar menor de 180 mg/dL y un valor de la Hemoglobina glicosilada menor a 7 % siendo este último el más importante medidor de control, ya que permite cuantificar el promedio de los valores glucémicos a lo largo de semanas. La Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos establece que en pacientes hospitalizados no críticos, los valores séricos preprandiales deben ser menores a 140mg/dl y los valores aleatorios, menores a 180 mg/dL ^[68,69].

El Control Glucémico se considera un parámetro clave y frecuentemente empleado en la prevención de complicaciones, en las que se incluyen trastornos como el síndrome metabólico, enfermedades neurológicas, renales y cardiovasculares, así como la Diabetes Mellitus; además, un control glucémico estricto es obligatorio para prevenir y reducir el desarrollo de complicaciones vasculares en personas con trastornos crónicos ^[70], siendo imprescindible su instauración temprana para disminuir, incluso, el riesgo de mortalidad ^[71].

El control glucémico es fundamental en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 para la prevención de complicaciones propias de esta patología; se observó que un mal control de la glicemia así como el mantenimiento de periodos prolongados de hiperglicemia están relacionadas estrechamente con el desarrollo precoz de nefropatía, retinopatía y neuropatía diabética así como la gravedad de cada una de estas ^[72]. De forma complementaria, se evidenció que una gestión más efectiva de este parámetro estaba asociado con una menor incidencia de las complicaciones previamente mencionadas, especialmente en lo que respecta a la nefropatía diabética ^[73].

2.1.3.1. Hemoglobina Glicosilada

La Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) es el valor de la fracción o porcentaje de Hemoglobina que está unida a la Glucosa, nos da una idea del promedio del nivel de Glucosa sérica de los últimos 3 meses, aunque según la Organización Mundial de la

Salud, podrían considerarse hasta las últimas 8 a 12 semanas; por lo que, con esta podemos valorar el control glucémico que tuvo el paciente durante este tiempo [74].

En el año 2009, el “Comité Internacional de Expertos sobre el papel de la prueba de HbA1C en el Diagnóstico de la Diabetes” de la Asociación Americana de Diabetes llegó a la conclusión de que la HbA1C puede servir para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus, así como marcador bioquímico que valora el riesgo de complicaciones de esta patología, al estar sus valores directamente relacionados con el desarrollo de estas [75].

2.1.3.1.1. Fisiología:

La HbA1C se forma por la glicosilación no enzimática de la Glucosa presente en el plasma con las cadenas Beta de la Hemoglobina de tipo A; este proceso es irreversible y su duración es la misma que la de la vida del eritrocito, aproximadamente 120 días. Por lo que se considera que capturaría el grado de exposición a la Glucosa a lo largo del tiempo, siendo esta mayor en pacientes con menor control glucémico [74].

Este proceso le confiere menos variabilidad biológica y más estabilidad ante la variación de los valores de Glucemia, por lo que es clínicamente más conveniente.

2.1.3.1.2. Ventajas

La Hemoglobina glicosilada tiene ventajas sobre la Glucemia Basal y sobre la Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (SOG) [46].

- Menor variabilidad biológica.
- Menor inestabilidad preanalítica.
- No requiere que el paciente esté en ayunas para realizar la prueba
- No varía con cambios agudos de los niveles de Glucosa

Además, según la CDC, sus valores se correlacionan con el riesgo de desarrollar complicaciones [76].

2.1.3.1.3. Valor Normal y Correlación con la Glucemia

La Asociación Americana de Diabetes estableció que el punto de corte para el valor de la HbA1C es de 7%, teniendo que un valor menor o igual a este nos indicaría que el paciente diagnosticado con Diabetes mellitus tiene un adecuado control glucémico [46].

por lo tanto, un menor riesgo de desarrollar complicaciones. Contrariamente a los pacientes que presenten valores mayores, los cuales tendrían un mayor riesgo de desarrollarlas y en pacientes sanos, un mayor riesgo de presentar Diabetes Mellitus ^[75].

Su valor está directamente relacionado con el de la Glucemia, esta correspondencia se describe en el cuadro siguiente:

Tabla 1.

Equivalencia de los niveles de HbA1C y la glucemia promedio en mg/dl y mmol/l ^[46]

HbA1C (%)	mg/dL	mmol/L
5	97 (76 – 120)	5.4 (4.2 – 6.7)
6	126 (100 – 152)	7.0 (5.5 – 8.5)
7	154 (123 – 185)	8.6 (6.8 – 10.3)
8	183 (147 – 217)	10.2 (8.1 – 12.1)
9	212 (170 – 249)	11.8 (9.4 – 13.9)
10	240 (193 – 282)	13.4 (10.7 – 15.7)
11	269 (217 – 314)	14.9 (12.0 – 17.5)
12	298 (240 – 347)	16.5 (13.3 – 19.3)

2.1.3.2. Principales Complicaciones del mal Control Glucémico

2.1.3.2.1. Crisis Hiperglucémicas

Se considera que la Cetoacidosis Diabética y el Estado Hiperosmolar Hiperglucémico son emergencias hiperglucémicas mortales. La última guía de Manejo de Diabetes indica criterios diagnósticos para cada una, siendo estos expuestos en las siguientes tablas respectivamente:

Tabla 2.

Criterios diagnósticos de Cetoacidosis Diabética ^[46]

Cetoacidosis Diabética	
Diabetes/Hiperglucemia	Glucosa \geq 200 mg/dL (11.1 mmol/L) o antecedentes de Diabetes
Cetosis	Concentración de β -hidroxibutirato \geq 3.0 mmol/L o tira de cetonas en orina 2+ o mayor
Acidosis metabólica	pH $<$ 7.3 y/o concentración de bicarbonato $<$ 18 mmol/L

Tabla 3.
Criterios diagnósticos de Estado Hiperosmolar Hiper glucémico^[46]

Cetoacidosis Diabética	
Hiper glucemia	Glucemia plasmática ≥ 600 mg/dl (33.3 mmol/l)
Hiperosmolaridad	Osmolalidad sérica efectiva calculada > 300 mOsm/kg u osmolalidad sérica total > 320 mOsm/kg
Ausencia de cetonemia significativa	Concentración de β -hidroxibutirato < 3.0 mmol/L O tira de cetonas en orina menor a 2+
Ausencia de acidosis	pH ≥ 7.3 y concentración de bicarbonato ≥ 15 mmol/L

En la última revisión para el manejo de la Diabetes se incluyeron factores de riesgo para el desarrollo de estas, tales como edad, antecedentes de crisis, complicaciones de la enfermedad y otras, en las que se incluye la salud mental, el consumo de alcohol, determinantes sociales y la Hemoglobina glicosilada, siendo estas últimas desencadenantes importantes de las crisis^[46].

2.1.3.2.2. Otras Complicaciones

2.1.3.2.2.1. Retinopatía Diabética

Es la complicación más frecuente en el paciente diabético; se define como la afección ocular causada por la hiperglicemia y puede clasificarse en 2 tipos: las alteraciones proliferativas y las no proliferativas.

Los principales procesos fisiopatológicos que pueden llevar a desarrollarla son: la formación de microaneurismas, obstrucción de arteriolas y capilares, neovascularización, hemorragias, etc. Que conllevan al daño de los vasos sanguíneos presentes en la retina, puede acompañarse en estadios más graves con edema macular, glaucoma neurovascular e incluso con desprendimiento de retina y pérdida de la visión consecuenta^[77,78].

2.1.3.2.2.2. Neuropatía Diabética

La neuropatía diabética se define como la presencia de manifestaciones clínicas de disfunción nerviosa causada por la alteración de las fibras nerviosas de los nervios proximales, periféricos y autonómicos por alteraciones en su vascularización y funcionamiento normal debido a la hiperglucemia. Se pueden clasificar en: Neuropatía

sensitivo-motora, neuropatía autonómica y mononeuropatías dependiendo de la extensión del daño. Los síntomas son variados, pueden ir desde la pérdida de sensibilidad distal a hipotensión arterial y síncope ^[13,79].

2.1.3.2.2.3. Nefropatía Diabética

La Nefropatía Diabética es la principal causa de Enfermedad renal crónica e Insuficiencia Renal ^[80]. Se define como el deterioro de la función renal, definida como el aumento de la excreción de Albúmina; es causado por la hiperglicemia y complicaciones de la Diabetes, así como por la Hipertensión Arterial.

Los criterios para su diagnóstico son: Presión arterial elevada, disminución de la Tasa de Filtración Glomerular y albuminuria persistente ^[81].

2.1.3.2.2.4. Pie Diabético

Comprende la principal causa de amputación de miembros inferiores. Se desarrolla inicialmente como consecuencia de los trastornos a nivel vascular y nervioso distal causados por la hiperglicemia, se manifiesta como ulceraciones a nivel de los miembros inferiores que posteriormente pueden gangrenarse y conducir a la pérdida de la extremidad ^[82].

2.1.4. Diabetes Mellitus

2.1.4.1. Definición

La Diabetes Mellitus comprende un grupo de diferentes trastornos metabólicos que se caracterizan, principalmente por el control inadecuado de la glicemia (hiperglicemia). Puede estar relacionado de forma relativa o absoluta a la secreción de Insulina con diferentes grados de resistencia ante esta ^[46,83].

2.1.4.2. Clasificación

La Diabetes Mellitus puede clasificarse en Diabetes Mellitus Tipo 1, Diabetes Mellitus Tipo 2, Diabetes Mellitus Gestacional y otros tipos específicos de Diabetes ^[46]. Para fines del presente estudio, la definición está centrada principalmente a la Diabetes Mellitus tipo 2.

2.1.4.2.1. Diabetes Mellitus Tipo 2

La Diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad crónica que comprende un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por diferentes grados de resistencia a la hormona Insulina además de posteriores alteraciones en la secreción de esta, con deficiencias inicialmente relativas y en la producción de Glucosa a nivel del hígado ^[83-86]. Este tipo de diabetes es el fenotipo más común cuyo desarrollo tiene una asociación multifactorial en la cual interactúan factores de riesgo genéticos y ambientales, pero principalmente se vio asociada a la obesidad, el sedentarismo y al aumento de la edad, por lo que su desarrollo se da en pacientes adultos mayormente; hay factores como la raza (afroamericana, hispana, india, asiática) que tienen un riesgo mayor a desarrollarla ^[1,87]. Este tipo de Diabetes se asocia con una predisposición genética o antecedentes familiares de primer grado, incluso más fuerte que la Diabetes tipo 1, sin embargo el factor genético de este tipo es poco conocido ^[46].

2.1.4.3. Sintomatología

Se presentan los síntomas clásicos de hiperglicemia: poliuria, polidipsia, nocturia, pérdida de peso y visión borrosa. Al inicio del cuadro, puede ser asintomática, lo cual nos lleva a un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento con complicaciones posteriores. La poliuria se da en el contexto de una diuresis osmótica por hiperglicemia. Algunos pacientes pueden presentar un estado hiperglucémico hiperosmolar caracterizado por hiperglicemia marcada, deshidratación grave y obnubilación ^[83].

2.1.4.4. Diagnóstico

La Diabetes se puede diagnosticar según los niveles de Glucosa Plasmática en ayunas, el valor plasmático a las 2 horas con la prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa o con los niveles de Hemoglobina glicosilada; siguiendo los valores mostrados en la tabla mostrada a continuación ^[46].

Tabla 4.

Criterios para el Diagnóstico de Diabetes ^[46]

Variable	Medida	Característica
----------	--------	----------------

Glucosa Plasmática en ayunas	≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L)	El ayuno se define como la ausencia de aporte calórico durante al menos 8 horas
Glucosa Plasmática a las 2 horas durante la prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa	≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L)	La prueba debe realizarse según lo descrito por la OMS utilizando una carga de Glucosa que contenga el equivalente a 75g de Glucosa anhidra disuelta en agua.
Hemoglobina Glicosilada HbA1C	≥ 6.5 % (48 mmol/mol)	La prueba debe realizarse en un laboratorio utilizando un método certificado por el Programa Nacional de Estandarización de Glicohemoglobina (NGSP) y estandarizado para el Ensayo de Control y Complicaciones de la Diabetes (DCCT).
Glucosa Plasmática Aleatoria	≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L)	Asociada a síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica.

El diagnóstico requiere dos resultados de prueba anormales de la misma muestra o en dos muestras de prueba separadas ^[46]. En un paciente con síntomas clásicos, la medición de Glucosa plasmática con un resultado elevado es suficiente para diagnosticar Diabetes, si los resultados son normales, las pruebas deben repetirse en intervalos mínimos de 3 años ^[46].

Según la Asociación Americana de Diabetes, los pacientes en los que se debería considerar la realización de cualquiera de las pruebas son:

- Adultos con sobrepeso u obesos ($IMC \geq 25$) que tienen un familiar de primer grado con Diabetes, son de raza u origen étnico de alto riesgo, tienen historia de Enfermedad Cerebro Vascular, Hipertensión ($\geq 140/90$ mmHg) o en tratamiento, nivel de colesterol HDL < 35 mg/dL y/o nivel de triglicéridos > 250 mg/dL, mujer con Síndrome de Ovario Poliquístico, inactividad física u otras condiciones clínicas asociadas con la resistencia a la Insulina.
- Pacientes con Prediabetes.

- Mujeres diagnosticadas con Diabetes Mellitus Gestacional, deben hacerse pruebas de por vida al menos cada 3 años.
- Para todos los demás pacientes, las pruebas deben comenzar a la edad de 45 años.

2.1.5. Relación entre Sentido de Coherencia y Control Glucémico

El estudio de la interrelación entre ambas variables se abordó desde múltiples perspectivas, dando lugar a la identificación de asociaciones en diferentes aspectos, que van desde el riesgo de desarrollar la patología hasta el proceso y desarrollo de la misma. Asimismo, se observaron vínculos en relación con el cumplimiento del tratamiento y la manifestación de complicaciones específicas asociadas a la enfermedad.

Se encontraron resultados diversos en los que se describe inicialmente que el grado de asociación entre ambas variables no estaba completamente definido con el nivel de bienestar psicológico y físico de los pacientes por lo que tampoco se definía su relación con el control glucémico ^[24]. Sin embargo, en investigaciones previas se ha identificado una correlación significativa de un adecuado Sentido de Coherencia y la Diabetes siendo esta, relacionada con la disminución del riesgo para el desarrollo de la enfermedad; además, también se asoció con niveles más bajos de hemoglobina glicosilada, lo que nos indicaría un mejor control metabólico siendo este correlacionado con un menor riesgo de padecer complicaciones de la enfermedad a largo plazo ^[29], así como un menor Sentido de Coherencia se relacionaba con un mayor riesgo de Diabetes en los participantes de un estudio prospectivo ^[31]; se describe que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con un puntaje SOC más alto tienen una mayor adherencia al tratamiento^[88], siendo esta una variable imprescindible para el control de la enfermedad.

Respecto a la prevención primaria; la capacidad de los pacientes para gestionar eficazmente situaciones estresantes emerge como un factor protector independiente especialmente sólido en su asociación con una disminución del riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2; un estudio demostró que un puntaje alto de SOC está fuertemente relacionado con un menor riesgo del desarrollo de esta enfermedad, presentando un Odds Ratio de 0,77; lo cual da a entender que el sentido de coherencia tiene importantes efectos protectores sobre el riesgo de Diabetes ^[89]. Además de tener un efecto directo sobre la disminución de la probabilidad de padecer Diabetes Mellitus, un buen sentido de coherencia también está relacionado con las medidas de cuidado de los pacientes que

tienen riesgo de padecer esta patología, algunos estudios demostraron que puntajes altos están relacionados positivamente con la adopción de estilos de vida saludable y a largo plazo, con la disminución del riesgo de desarrollar la enfermedad, mostrándose entonces como un factor protector (OR = 1,21; IC95% = 1,11 - 1,32) [32].

Se sabe también, que el diagnóstico de una enfermedad crónica altera el equilibrio interno, la capacidad de hacer frente a esta y el uso de recursos disponibles para lograr el control de la patología: la Diabetes Mellitus no es la excepción, se evidencia que los pacientes libres de esta enfermedad presentan incluso 2 veces más capacidad de afrontamiento que los que sí la presentan [28].

Además, se ha demostrado que los pacientes que tienen un diagnóstico reciente de Diabetes Mellitus experimentan cambios en su comprensión, gestión de recursos y la importancia que otorgan a su vida a medida que se inicia el tratamiento en comparación con los controles sanos, lo cual les daría un puntaje menor de SOC, con una probabilidad de hasta 5 veces menor (valor demostrado por un Odds Ratio de 5,3 cuyo intervalo de confianza oscila en valores que lo vuelven en un factor altamente asociado) y por lo tanto una capacidad disminuida de gestión de recursos, respaldando una vez más que una puntuación elevada en el Sentido de Coherencia podría considerarse como un recurso valioso para la salud y podría desempeñar un papel crucial en la mediación de la enfermedad desde su fase inicial [23].

Para el control de la enfermedad (que se manifiesta como niveles sostenidos de glicemia bajos por un determinado tiempo cuantificados por la HbA1c) se brinda el tratamiento farmacológico, sin embargo, se requiere adoptar otras medidas no farmacológicas como la dieta, ejercicio y el desarrollo de hábitos saludables; la adopción de estos últimos está relacionada con el Sentido de Coherencia de forma directamente proporcional [24,25]; además, intervienen diferentes factores, siendo uno de los más importantes el autocuidado, cuyo nivel se relaciona de forma significativa a la capacidad que tiene el paciente para hacer frente al nuevo contexto y percepción de su enfermedad [21]. También se demostró que uno de los aspectos relacionados es el cognitivo-emocional, se muestra que los pacientes con puntuaciones bajas de SOC tienen un peor control glucémico que los que sí [26], tener un buen afrontamiento de la enfermedad es un factor importante para el control metabólico [35].

Por último, cabe destacar que la aparición de complicaciones propias de la enfermedad parece estar interconectada con el nivel de control glucémico del paciente, estableciendo así una relación indirecta con su sentido de coherencia ^[25].

2.2. Definición de términos básicos

2.2.1. Control glucémico

El Control Glucémico hace referencia al conjunto de acciones destinadas a mantener los niveles de Glucosa sérica dentro de rangos fisiológicamente normales. El paciente diabético tiene la tarea de mantener la euglicemia en sangre, por lo que requiere de educación, estrategias de decisión, control y sabiduría para evitar la hipoglicemia y la hiperglicemia ^[90].

2.2.2. Sentido de Coherencia

Se considera como la capacidad de adaptación, dentro de la personalidad del paciente, que permite que este supere un evento adverso; integra 3 componentes: la significancia, la comprensibilidad y la manejabilidad de una situación o patología; mientras más altas sean estas 3 variables, mayor será el potencial del individuo para afrontar el problema con éxito ^[91].

2.2.3. Salutogénesis

La salutogénesis es un principio conceptual que se enfoca en identificar y comprender los factores que fomentan la salud y el bienestar, en contraposición a centrarse en aquellos que son causantes de enfermedades ^[67]. Se refiere a un enfoque de la salud humana que se centra en la exploración de los elementos que favorecen la promoción y sostenimiento del bienestar tanto físico como mental, en contraposición al abordaje centrado en la enfermedad. Este enfoque pone especial énfasis en los mecanismos de afrontamiento individuales, los cuales contribuyen a preservar la salud a pesar de las condiciones estresantes ^[92].

2.2.4. Diabetes Mellitus tipo 2

Es la forma más común de presentación de esta patología, está definida como la enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por niveles elevados de Glucosa sérica, lo que podría conducir a complicaciones a nivel sistémico ^[93].

2.2.5. Comprensibilidad:

Es el componente cognitivo, hace referencia a la creencia de que el mundo es ordenable y con esto puede explicar los diferentes estímulos que recibe; este componente permite que tengamos una perspectiva de cómo el paciente observa el problema y la realidad, llevándonos a entender de que los pacientes que tienen una elevada comprensibilidad ven la información como ordenada y estructurada en comparación de los que no, que la verían de forma más desordenada y caótica ^[54,55,58].

2.2.6. Manejabilidad:

Es el componente instrumental, lleva a la persona a considerar que tiene a su disposición los recursos necesarios para afrontar el problema de la forma correcta; ya sea por sus medios propios o con la ayuda de personas externas a él, tales como sus amigos, familiares, médicos, etc. ^[54,55,58]

2.2.7. Significación:

Es el componente motivacional, se refiere al deseo de hacer frente a los problemas, proporciona la fuerza motriz que permite que la persona considere el afrontar el problema como un desafío valioso el cual es merecedor de su tiempo y esfuerzo para solucionarlo ^[54,55].

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Existe una asociación intensa entre los niveles del Sentido de Coherencia y el Control Glucémico en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

- El nivel de Sentido de Coherencia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025 es bajo.
- El valor de Hemoglobina Glicosilada en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025 es elevado.

2.4. Variables

2.4.1. Identificación de variables

2.4.1.1. Variable independiente

Sentido de coherencia de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025.

2.4.1.2. Variable dependiente

Nivel de Hemoglobina Glicosilada

2.4.1.3. Variables Intervinientes

- Edad
- Sexo
- Zona de residencia
- Estado civil
- Grado de Instrucción
- Talla
- Peso
- Fecha del diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2
- Colesterol sérico total
- Colesterol HDL
- Triglicéridos
- Patologías asociadas
- Complicaciones propias de la Diabetes Mellitus tipo 2

2.5. Definiciones operacionales

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional
Puntaje del Test SOC - 15	Una visión del mundo y del entorno del individuo como comprensible, manejable y significativo, que afirma que la forma en que las personas ven su vida tiene una influencia positiva en su salud ^[61] .	Comprensibilidad Manejabilidad Significación	Puntaje en el test SOC	Cuantitativa	Razón	Test SOC - 15 de Antonovsky	Total de puntaje SOC: _____ () Bajo (≤ 56 pts) () Adecuado (> 56 pts)	14	Se expresará como la calificación respectiva del test SOC - 15, siendo considerados los valores menores o iguales a 56 como SOC bajo, mientras que valores mayores a este, serán considerados como SOC adecuado.
Hemoglobina glucosilada	Valor de la fracción o porcentaje de Hemoglobina que está unida a la Glucosa ^[95] .	NA	Hemoglobina glicosilada.	Cuantitativa	Razón	Glucómetro / Historia clínica	Valor de Hemoglobina Glicosilada: _____ () Adecuado control () Inadecuado control	15	Se expresará como el nivel de HbA1C en % siendo considerados valores menores o iguales a 7, adecuado Control Glicémico, mientras que, valores menores se consideran como un inadecuado control.
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de la toma de la muestra ^[94] .	NA	Años cumplidos	Cuantitativa	Razón	Ficha de recolección de datos.	Edad: ____ años	1	Se expresa en años cumplidos por la persona.

Zona de Residencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo ^[94] .	NA	Lugar de residencia	Cualitativa	Nominal, dicotómica	Ficha de recolección de datos	Residencia: () Rural () Urbana	3	Se expresa como procedencia del área rural o urbana.
Estado Civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la toma de la información ^[94] .	NA	Estado civil	Cualitativa	Nominal Politémica	Ficha de recolección de datos	Estado civil: () Soltero () Casado () Conviviente () Divorciado () Viudo	4	Se expresa como: soltero, casado, conviviente, divorciado o viudo
Grado de Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta están definitiva o provisionalmente incompletos ^[94] .	NA	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Cualitativa	Ordinal, politémica	Ficha de recolección de datos	() Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior	5	Se expresa como: ninguno, primaria, secundaria, superior.
Peso	Magnitud física que expresa la cantidad de materia de un cuerpo ^[94] .	NA	Peso en kilogramos.	Cuantitativa	Razón	Historia clínica	Peso: _____ kg	6	Se expresa en kilogramos.

Talla	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza ^[94] .	NA	Talla en centímetros.	Cuantitativa	Razón	Historia clínica	Talla: _____ cm	7	Se expresa en centímetros.
Fecha del Diagnóstico	Fecha exacta en la que se diagnostica una enfermedad o los síntomas o manifestaciones clínicas de esta en un individuo ^[95] .	NA	Fecha en día/mes/año	Cuantitativa	Razón	Ficha de recolección de datos / historia clínica	Fecha de diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo 2: _/_/_	8	Se expresa en día/mes/año
Colesterol sérico total	El esteroles principal de todos los animales superiores, distribuido en los tejidos del cuerpo, especialmente el cerebro y la médula espinal, y en las grasas y aceites animales ^[95] .	NA	Nivel de colesterol sérico total	Cuantitativa	Razón	Historia Clínica	Colesterol sérico total: ____ mg/Dl	9	Se expresa por el nivel de colesterol total en mg/dl
Colesterol HDL	Colesterol que está contenido o unido a lipoproteínas de alta densidad, incluidos ésteres de colesterol y colesterol libre ^[95] .	NA	Nivel de colesterol HDL	Cuantitativa	Razón	Historia Clínica	Colesterol HDL: _____ mg/dl	10	Se expresa por el nivel de colesterol en mg/dl
Triglicéridos	Éster formado por Glicerol y tres grupos de ácidos grasos ^[95] .	NA	Nivel de triglicéridos	Cuantitativa	Razón	Historia Clínica	Nivel de Triglicéridos: ____ mg/dl	11	Se expresa por el nivel de triglicéridos
Patologías asociadas	Patologías crónicas diferentes a la Diabetes Mellitus tipo 2 que presente el paciente en el momento de la recolección de datos ^[95] .	NA	Patologías asociadas	Cualitativa	Nominal, politómica	Ficha de recolección de datos	Patologías asociadas: () No presenta otra patología	12	Se expresa por alguna patología crónica asociada

							() Hipertensión () Cáncer () VIH () Otro _____	
Complicaciones propias de la Diabetes Mellitus	Patologías causadas por el mal control glucémico en el paciente con Diabetes Mellitus [95].	NA	Complicaciones de la Diabetes Mellitus	Cualitativa	Nominal, politómica	Ficha de recolección de datos	Complicaciones causadas por la Diabetes Mellitus tipo 2: () Nefropatía diabética () Neuropatía diabética () Retinopatía diabética () Pie diabético () Otro _____	13 Se expresa como alguna complicación o patología causada por la enfermedad.

CAPÍTULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativa, esta consiste en recolectar datos a través del instrumento para la determinación del grado de asociación existente entre el puntaje de la escala SOC - 15 y el control Glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Es un estudio correlacional porque busca hallar la posible relación entre nuestras dos variables antes mencionadas, que en el presente caso se describirían como independiente y dependiente respectivamente ^[96]. Es un estudio de tipo analítico ya que tiene como objetivo descubrir la relación existente entre un factor de riesgo y un efecto específico; en otras palabras, buscan establecer una conexión causal entre dos fenómenos naturales al explorar la posible relación entre algún factor de riesgo y un efecto determinado ^[97].

3.2. Diseño de la investigación

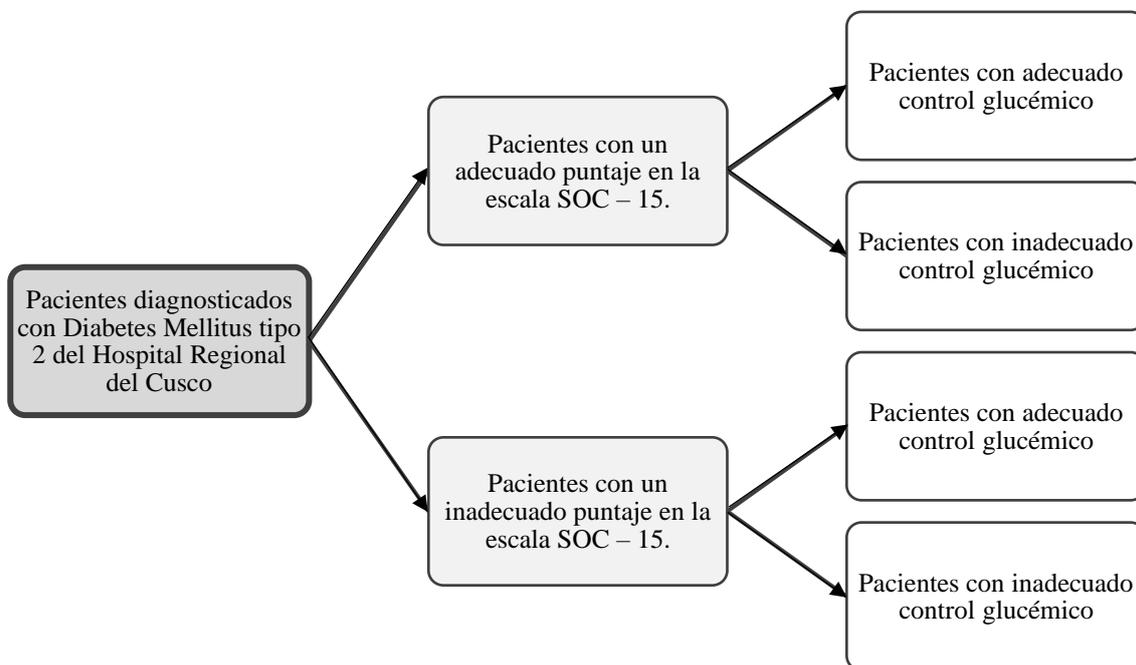
Se trata de un diseño de tipo observacional (no experimental), este es un tipo de investigación científica en el cual se observan y registran los eventos, comportamientos o características de un grupo de sujetos sin intervenir directamente en el proceso que está siendo evaluado ni manipular las variables. Este diseño es útil para definir relaciones entre variables, describir patrones de comportamiento, identificar factores de riesgo, y generar hipótesis ^[96].

La presente investigación se describe dentro de los estudios analíticos al tipo casos y controles, ya que se inicia identificando individuos o pacientes que presentan un evento específico (en este caso, pacientes con puntajes de SOC bajos), y luego se comparan con un grupo de personas que comparten características similares, pero no presentan dicho evento. A aquellos con el evento de interés se les denomina "casos", mientras que a quienes son seleccionados como referencia para la comparación se les llama "controles" ^[98].

Los datos serán obtenidos de una fuente directa mediante un diseño de campo y en un único momento; es de tipo retrospectivo ya que el punto de inicio de la investigación

se determina después de que el efecto o enfermedad ha ocurrido, posteriormente, se “retrocede” en el tiempo para analizar las exposiciones previas al factor de riesgo o las causas relacionadas [96].

Figura 2
Flujograma de clasificación de casos y controles. Fuente: Elaboración propia



3.3. Población de estudio y tamaño de muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población está constituida por pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Servicio de Endocrinología del Hospital Regional del CUSCO, 2025.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Servicio de Endocrinología del Hospital Regional del Cusco, 2025.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con Historia Clínica completa.
- Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 hace más de 1 año.

3.3.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con otros tipos de Diabetes Mellitus.
- Pacientes con condiciones que podrían generar variabilidad en el nivel de Hemoglobina Glucosilada.
- Pacientes que no brinden su consentimiento informado.
- Pacientes con Historia Clínica incompleta.

3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

El tipo de muestreo será no probabilístico o dirigido, ya que la selección de la muestra no será al azar, sino orientada por las características de la presente investigación^[96]; se seleccionarán pacientes del servicio de Endocrinología diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, a los cuales se les aplicará el instrumento de la escala reducida del Sentido de Coherencia (SOC – 15), además se registrarán las glicemias y otros parámetros de la historia clínica del paciente durante la consulta para determinar el control glucémico de este.

En nuestro estudio de referencia: “Sentido de Coherencia en debutantes de Diabetes Mellitus tipo 2: estudio de tipo casos-contróles” realizado por Ramos D, García L y Dichi M. se evidenció que las personas que presentaron inicios de Diabetes Mellitus tipo 2 tienen cinco veces más posibilidades de tener un puntaje SOC bajo en comparación de las personas que no lo tienen (OR = 5.3123; IC95 % = 1.81 – 15.53). Se llegó a la conclusión de que el SOC bajo precedió al inicio de la DM2, revelando la importancia del manejo multidisciplinario en el enfoque del tratamiento de estos pacientes^[23]. Es el estudio mencionado de donde se obtiene la siguiente tabla tetracórica:

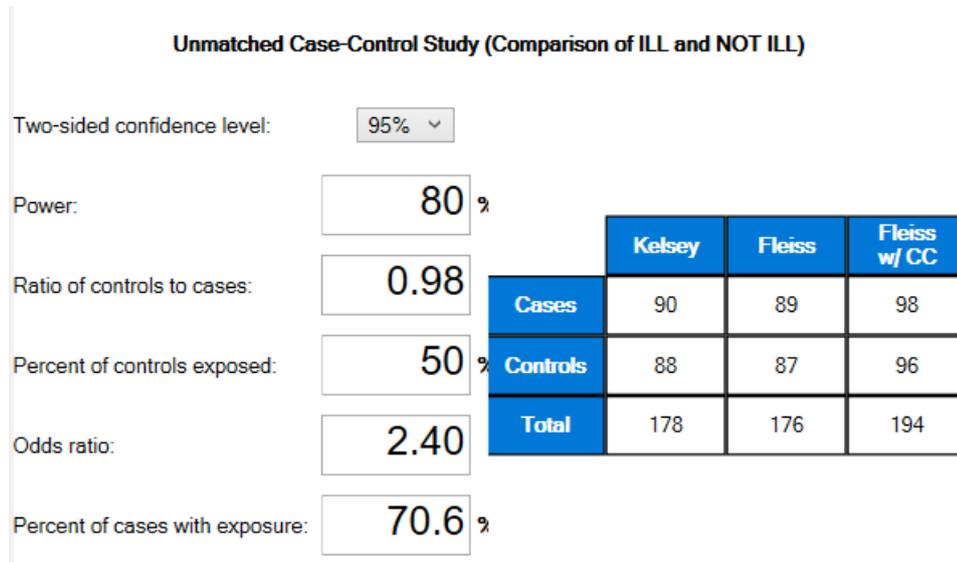
		Outcome		
		Yes	No	Total
Exposure	Yes	12	10	22
	Row %	54.55 %	45.45 %	100.00 %
	Col %	11.88 %	4.95 %	7.26 %
	No	89	192	281
	Row %	31.67 %	68.33 %	100.00 %
	Col %	88.12 %	95.05 %	92.74 %
Total	101	202	303	
Row %	33.33 %	66.67 %	100.00 %	
Col %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	

Con la cual extraemos los siguientes datos:

Odds-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Odds Ratio	2.5888	1.0780	6.2167

A continuación, se muestran los parámetros usados en el programa estadístico Epidat versión 4.2. para la determinación del tamaño de muestra:

- Nivel de confianza : 95 %
- Poder : 80 %
- Ratio de casos y controles : 0.98
- Porcentaje de controles expuestos : 50 %
- Odds ratio : 6.21
- Porcentaje de casos sin exposición : 70.1 %



Cabe aclarar que, por fines académicos y por falta de antecedentes se vio por conveniente considerar un Odds Ratio de 2.4; con lo que, haciendo uso de la calculadora estadística, se obtuvo un total de 194 participantes necesarios, se adiciona el 10 %, y finalmente se obtiene un total de 213 pacientes.

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la entrevista, la cual constituye una herramienta fundamental dentro de la investigación de tipo cualitativa, este tipo de técnica se distingue por establecer una conversación orientada hacia un objetivo definido lo que la diferencia de la interacción informal o espontánea con el paciente; aunque adopta la forma de un diálogo cotidiano, la entrevista en sí, se configura como un instrumento metodológico estructurado que permite obtener información profunda del encuestado siendo adaptada al contexto de este para optimizar la calidad y veracidad de la información recibida ^[99]. Otros autores la describen como el tipo de comunicación que se da entre el investigador y el sujeto a estudiar, cuya finalidad es obtener respuestas a preguntas planteadas sobre el problema de investigación ^[100].

El tipo de entrevista que se aplicará en el presente estudio es la entrevista estructurada, ya que se contarán con preguntas predefinidas presentadas en un orden específico y sistematizadas por categorías para facilitar el análisis y clasificación de los datos obtenidos ^[99].

Para el procedimiento de recolección de datos se realizó los trámites respectivos en las oficinas y con las autoridades pertinentes del Hospital Regional del Cusco con el fin de obtener el permiso necesario para la toma de datos de los pacientes en el Servicio de Endocrinología del mismo establecimiento. Como segundo punto, se brindó información a los pacientes sobre el estudio a realizar y sobre la confidencialidad de los datos a brindar; se solicitará su consentimiento informado para la aplicación de los cuestionarios.

Los instrumentos por los cuales se obtuvo estos datos fueron: Instrumento SOC – 15 de Antonovsky y la revisión de la historia clínica para cuantificar el nivel de Glicemia y otras variables asociadas.

3.4.1. Instrumento de SOC de Antonovsky

Se aplicó la versión corta del cuestionario de Antonovsky, la cual cuenta con 15 ítems, los cuales están divididos en 3 segmentos que evaluarán la comprensibilidad, manejabilidad y significación (Anexo 2).

Diversos estudios describen la escala de Antonovsky como válida y fiable para su uso en la población ^[57,101,102]. La confiabilidad de la escala se analizó mediante el alfa de Cronbach de cada dimensión y del total de la escala, utilizando las consideraciones de Campo-Arias y Oviedo ^[103], en las que se expone que la consistencia interna se considera aceptable cuando tiene un valor entre 0.70 y 0.90. La escala presenta una consistencia interna de 0.809 ^[101].

Se tomó la escala ya validada, realizada por Dorys Ortiz y colaboradores; la cual está estructurada en 15 ítems y tiene una organización tipo Likert de 5 respuestas posibles: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre; los autores describen que la versión presentada proporciona mejores resultados, esto se atribuye a que el contenido de las preguntas es claro y tiene relación con conceptos que se usan normalmente en el español, busca así maximizar la utilidad de la escala en el contexto clínico de la población de Latinoamérica ^[63]. El valor mínimo que se puede obtener en la escala es de 15, mientras que el máximo es 75; la operacionalización de este nuevo instrumento clasifica a los pacientes de acuerdo al puntaje sumado de todos los ítems presentados en el cuestionario de Antonovsky, si este es menor o igual de 56 se considera que la persona tiene un SOC

bajo, mientras que, si presenta valores mayores a este, presentará un SOC adecuado o alto; este punto de corte fue obtenido del mismo estudio.

La validación del instrumento de investigación en nuestro medio se llevó a cabo mediante la evaluación de expertos, a los cuales se les fue presentado el Cuadernillo de Validación, quienes calificaron cada pregunta en términos de adecuación y pertinencia, siendo 7 el número de expertos. En total, se analizaron las 15 preguntas correspondientes al cuestionario previamente descrito, obteniendo puntuaciones elevadas en ambas categorías; los promedios de las puntuaciones oscilaron entre 17 y 18, con una tendencia general a valores cercanos a 18, lo que indica un alto grado de consenso entre los expertos. Todas las preguntas evaluadas cumplieron con los criterios establecidos, por lo que fueron validadas para su uso en la presente investigación. Estos resultados sugieren que el instrumento es apropiado y relevante para medir las variables de interés en el estudio.

El instrumento es fácil de administrar y simple de calificar, este fue brindado durante el proceso de espera de la consulta médica en el consultorio externo. Se trata de un cuestionario de auto-reporte, personal y confidencial que fue tomado en un tiempo aproximado de 10 minutos. El puntaje obtenido se clasificó según el punto de corte obtenido del estudio base. La interpretación del instrumento se dio en 2 modalidades, un SOC alto y un SOC bajo

3.5. Plan de análisis de datos

Los datos obtenidos fueron almacenados y organizados en una base de datos, creada a través del programa Excel 2021; los datos fueron transcritos de forma independiente por dos personas y posteriormente se realizó un cruce de las bases con el fin de minimizar posibles errores y asegurar la fidelidad de la información obtenida. Se realizó un análisis descriptivo y analítico con el uso del software estadístico EPIINFO™ v7.2.

Se realizó el análisis univariado de los resultados descriptivos para calcular las frecuencias y porcentajes de las características sociodemográficas de los encuestados, el puntaje SOC y la prevalencia del mal control glucémico de los pacientes. Estos valores fueron comparados con el estadístico Chi Cuadrado con un p significativo < 0.05 y un intervalo de confianza de 95 %.

En el análisis bivariado, se relacionó el puntaje SOC con el control glucémico como variables independiente y dependiente respectivamente. Para esto se usó el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95 %.

	Puntaje SOC bajo	Puntaje SOC adecuado	Total
Pacientes con mal control glucémico	A	B	A + B
Pacientes con buen control glucémico	C	D	C + D
	A + C	B + D	A + B + C + D

El OR se calculará según la fórmula: $OR = (A \times D) / (C \times B)$.

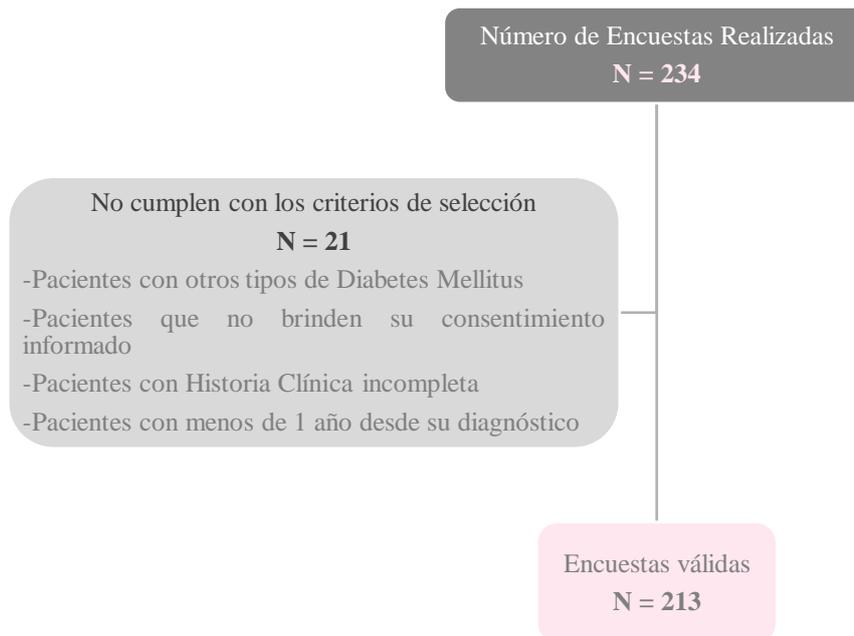
CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados

Se obtuvieron 234 encuestas las cuales fueron clasificadas según su cumplimiento o no de los criterios de inclusión y exclusión propuestos; siendo analizadas finalmente 213 encuestas que cumplían con los primeros.

Figura 3

Flujograma del proceso de selección de encuestas válidas. Fuente: Elaboración propia



4.1.1. Análisis Univariado

4.1.1.1. Características Sociodemográficas de la población

Se analizaron un total de 213 encuestas, cuyas respuestas revelaron que la edad promedio de los participantes es de 60.47 años con una Desviación Estándar (DS) de 13.83; de este grupo, más de la mitad (57.28%) corresponde a adultos mayores. Respecto al sexo, el 61.5% de los encuestados pertenecen al sexo femenino. En relación al lugar de residencia, la mayoría de los pacientes provienen de zonas urbanas. Además, una parte significativa de los participantes son casados. Respecto al grado de instrucción, más de la mitad cuenta con educación secundaria o un grado de instrucción mayor (68.07%). Todos estos datos son mostrados en las siguientes figuras respectivamente:

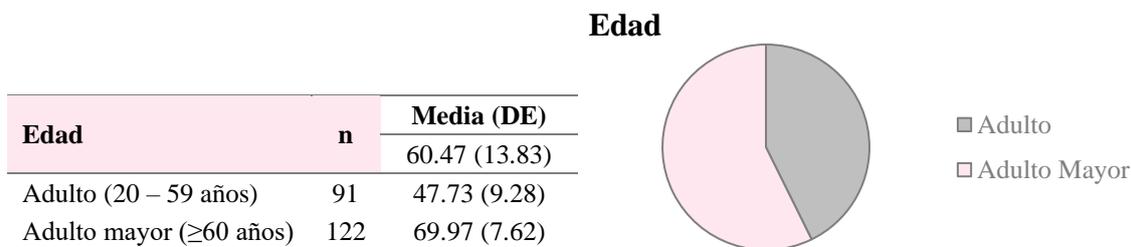


Figura 4. Edad de los encuestados. Fuente: Ficha de Investigación

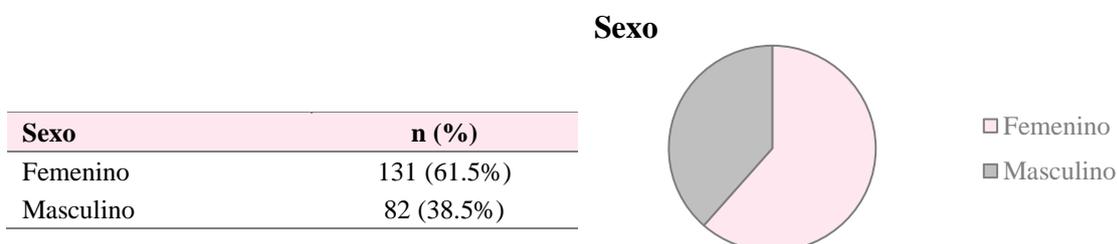


Figura 5. Sexo de los encuestados. Fuente: Ficha de Investigación

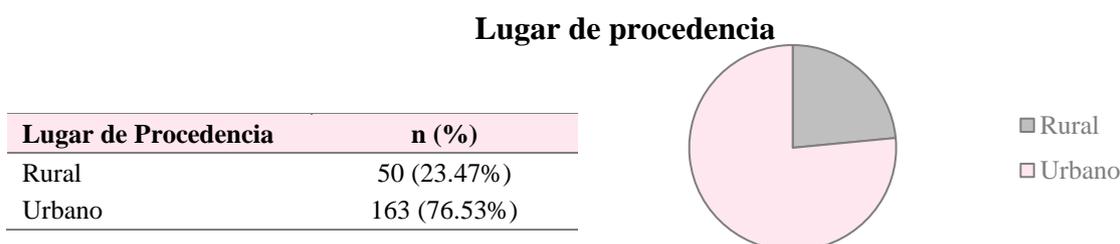


Figura 6. Lugar de procedencia de los encuestados. Fuente: Ficha de Investigación

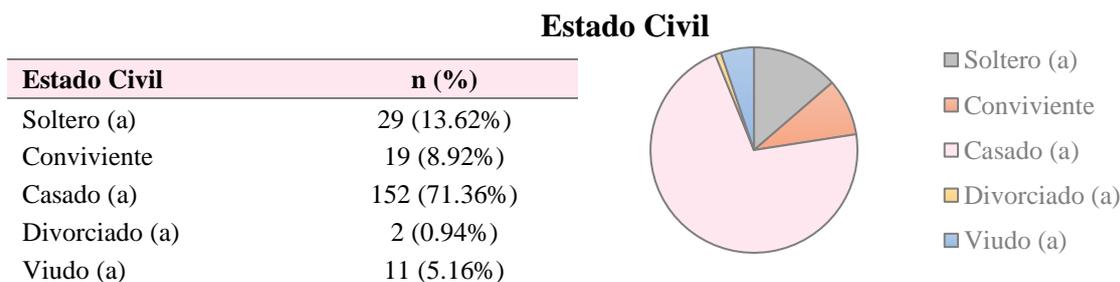


Figura 7. Estado civil de los encuestados. Fuente: Ficha de Investigación

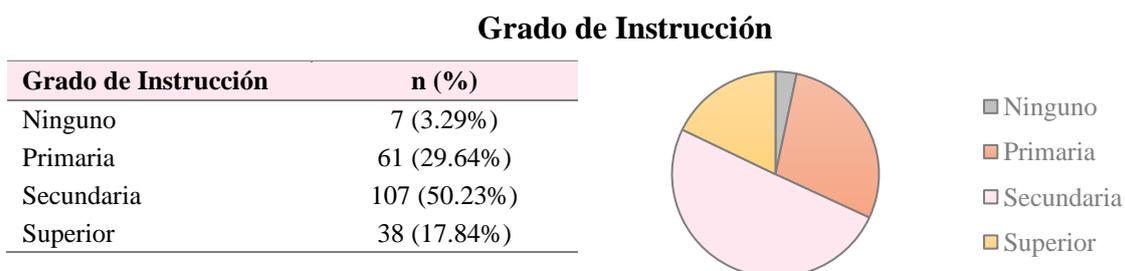


Figura 8. Grado de Instrucción de los encuestados. Fuente: Ficha de Investigación

4.1.1.2. Características Clínicas

En el análisis de la muestra evaluada, se identificó que la mayoría de los participantes, representando un 62.44%, recibieron el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 hace más de cinco años, mientras que el 37.56% restante tiene un diagnóstico más reciente, de cinco años o menos (Figura 9). En cuanto al estado nutricional (Figura 10), se observa que una proporción considerable de los encuestados presenta algún grado de exceso de peso, con un 36.62% clasificado dentro de la categoría de sobrepeso y un 30.52% en condición de obesidad, lo que refleja una alta prevalencia de alteraciones en el peso corporal dentro de la población estudiada. Por otro lado, un 29.58% de los individuos mantiene un peso dentro de los rangos considerados normales, mientras que una minoría del 3.29% se encuentra en situación de bajo peso.

Respecto a la presencia de dislipidemia, se evidencia que aproximadamente la mitad de pacientes no tienen valores laboratoriales actuales; sin embargo, de los que sí cuentan con dichos resultados, se encontró que el 39.91% del total ha sido diagnosticado con esta alteración en los niveles de lípidos en sangre, lo que representa una mayoría dentro de los que si tienen resultados. Adicionalmente, un 10.33% presentó valores normales (Figura 11).

Al analizar la presencia de patologías asociadas (Figura 12), se evidenció que el 91.08% de los participantes presenta al menos una condición médica adicional, mientras que solo un 8.92% no reportó comorbilidades. Entre las enfermedades más prevalentes dentro de la muestra se identificaron la hipertensión arterial, presente en un 29.68% de los encuestados, y la obesidad, con un 30.52% de los casos. Asimismo, el hipotiroidismo fue reportado en un 11.74% de la población, mientras que otras patologías, incluyendo distintos trastornos crónicos, se presentaron en un 16.43% de los participantes. Del total, más de la mitad presenta más de 2 patologías; estos hallazgos resaltan la alta frecuencia de comorbilidades en la población evaluada, lo que podría influir en el manejo y evolución de la Diabetes Mellitus.

Finalmente, en cuanto a la presencia de complicaciones (Figura 13), se observó que la mayoría de los participantes, representando un 66.20%, no reportó la presencia de complicaciones asociadas a su condición. Sin embargo, un 33.80% de los encuestados indicó haber desarrollado al menos una complicación. Dentro de las manifestaciones

identificadas, la neuropatía fue la más frecuente, afectando a un 27.7% de los individuos, lo que sugiere una alta prevalencia de alteraciones en el sistema nervioso periférico dentro de la población estudiada. Por otro lado, la nefropatía se presentó en un 3.76% de los casos, mientras que el pie diabético, una de las complicaciones más severas, afectó al 2.82% de los encuestados. La retinopatía, aunque menos común, se encontró en un 0.47% de los participantes, evidenciando un menor impacto en comparación con otras complicaciones. Estos resultados destacan la importancia del monitoreo y prevención de las complicaciones en esta población, con especial énfasis en la neuropatía, que representa la afectación más prevalente.

Años desde el diagnóstico

Años desde el Diagnóstico	n (%)
≤ 5 años	80 (37.56%)
Más de 5 años	133 (62.44%)

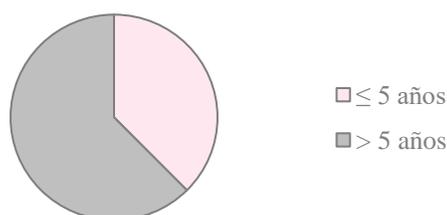


Figura 9. Años desde el diagnóstico de los encuestados. Fuente: Ficha de Investigación

Estado Nutricional

Estado Nutricional	n (%)
Bajo peso	7 (3.29%)
Normal	63 (29.58%)
Sobrepeso	78 (36.62%)
Obesidad	65 (30.52%)

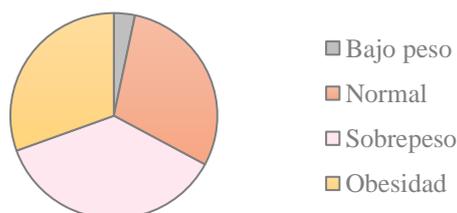


Figura 10. Estado nutricional de los encuestados. Fuente: Ficha de Investigación

Presencia de Dislipidemia

Dislipidemia	n (%)
No cuantificado	106 (49.77%)
Dislipidemia	85 (39.91%)
Normal	22 (10.33%)

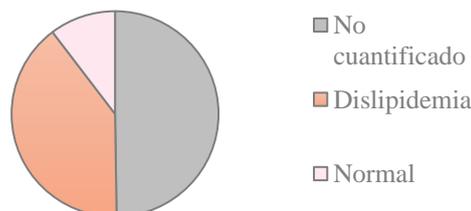


Figura 11. Presencia de dislipidemia en los encuestados. Fuente: Ficha de Investigación

Patologías Asociadas

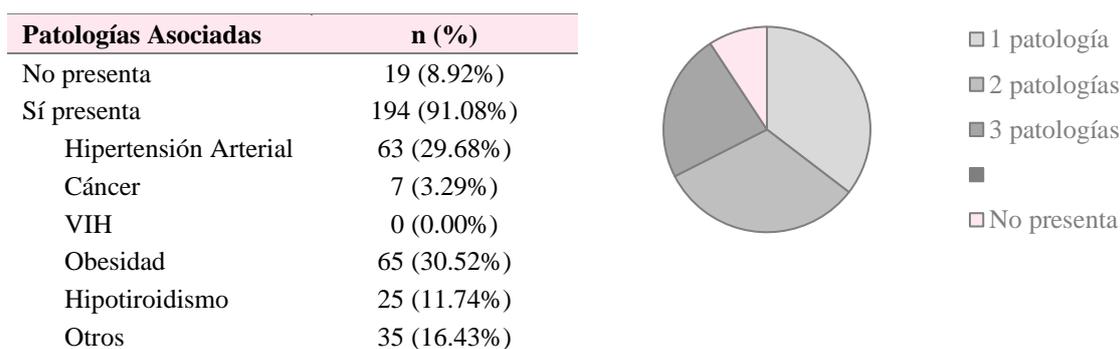


Figura 12. Presencia de patologías asociadas en los encuestados. Fuente: Ficha de Investigación

Complicaciones

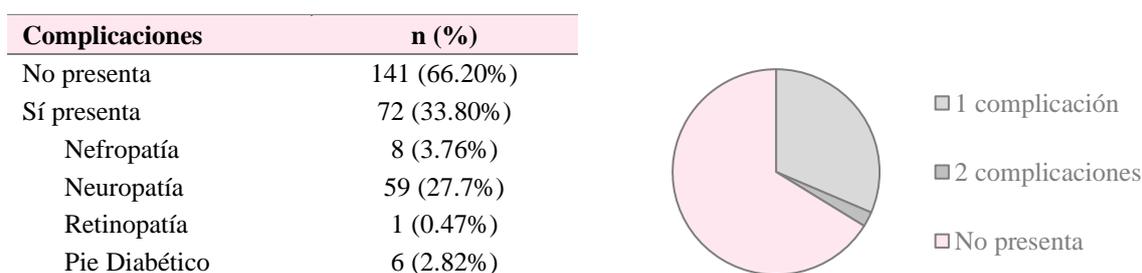


Figura 13 Presencia de complicaciones en los encuestados. Fuente: Ficha de Investigación

4.1.1.3. Sentido de Coherencia

De la población encuestada, aproximadamente la tercera parte (76 pacientes) demostraron un adecuado Sentido de Coherencia, obteniendo una media de puntaje de 63.39; este resultado sugiere que estos pacientes tienen una capacidad más desarrollada para comprender, manejar y encontrar significado en su situación, lo cual es un indicativo de una mejor adaptación y afrontamiento frente a los desafíos que enfrentan durante su enfermedad. En contraste, los 137 pacientes restantes no lograron mantener un adecuado sentido de coherencia, con una media de puntaje de 47.13. Este puntaje más bajo refleja una capacidad limitada para procesar y dar sentido a su entorno.

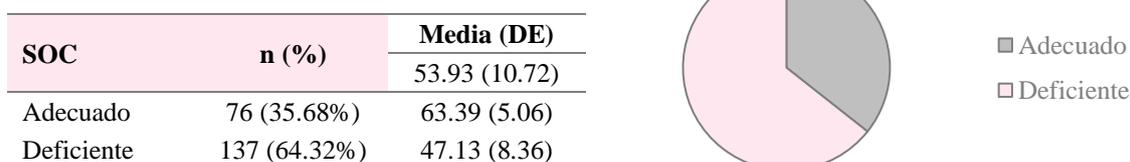


Figura 14 Control glucémico de los encuestados. Fuente: Ficha de Investigación

4.1.1.4. Control Glucémico

De los 213 pacientes analizados, un total de 99 lograron mantener un adecuado control glucémico, con una media de HbA1C de 5.89; en contraste, los 114 restantes no alcanzan los niveles de glicemia adecuados, presentando una media en el valor de HbA1C de 9.77 y representando más de la mitad de la población, como lo demuestra la figura.

HbA1C	n (%)	Media (DE)
		7.96 (2.53)
Adecuado	99 (46.48%)	5.89 (0.65)
Deficiente	114 (53.52%)	9.77 (2.14)

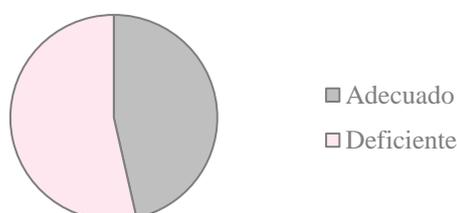


Figura 15 Control glucémico de los encuestados. Fuente: Ficha de Investigación

4.1.2. Análisis Bivariado

El análisis estadístico revela una asociación significativa entre el control glucémico y el Sentido de Coherencia. Se observa en la Tabla 5 que el 75.00% de las personas con glicemia controlada presentan un alto SOC, en contraste con solo el 25.00% de aquellas con glicemia no controlada. La razón de momios (OR = 6.79, IC 95%: 3.609 - 12.7873) indica que las personas con un alto SOC presentan 6.79 veces más probabilidades de presentar un adecuado Control Glucémico en comparación con aquellas sin puntaje SOC adecuado, mientras que el riesgo relativo (RR = 2.77) señala que la probabilidad de tener un alto SOC es 2.77 veces mayor en este grupo. Además, la diferencia de riesgos (RD = 44.34%) muestra una brecha considerable en la presencia de alto SOC entre ambos grupos. Las pruebas estadísticas confirman la solidez de esta asociación ($X^2 = 38.64$, $p < 0.00001$; Fisher Exact, $p < 0.00001$), indicando que los resultados no son producto del azar. Estos hallazgos sugieren que un mayor Sentido de Coherencia está relacionado con un mejor Control Glucémico.

Tabla 5

Relación entre SOC y Control Glucémico. Fuente: Ficha de Investigación

	Puntaje SOC Bajo	Puntaje SOC Adecuado	
Mal control Glucémico	95 (83.33%)	19 (16.67 %)	OR: 6.78 (3.6 – 12.78) X ² : 36.87 P < 0.05
Buen control Glucémico	42 (42.42 %)	57 (57.58 %)	

Se realizó el análisis de medias de los valores obtenidos de Sentido de Coherencia respecto al Control Glucémico de los pacientes, representado en la Tabla 6. Previamente a este análisis, se realizó la prueba de Bartlett para evaluar la homogeneidad de varianzas; el resultado fue estadísticamente significativo (Chi Cuadrado 5.06, $p = 0.0245$), lo cual sugiere que las varianzas entre los grupos no son homogéneas; esta falta de homogeneidad indica que los supuestos para el uso de ANOVA no se cumplen completamente, justificando así el uso de pruebas no paramétricas. Por lo que, se aplicó la prueba de Mann-Whitney U para comparar el resultado de los valores de SOC entre personas con y sin control glucémico, Los resultados indicaron una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($H(1) = 33.46$, $p < 0.001$).

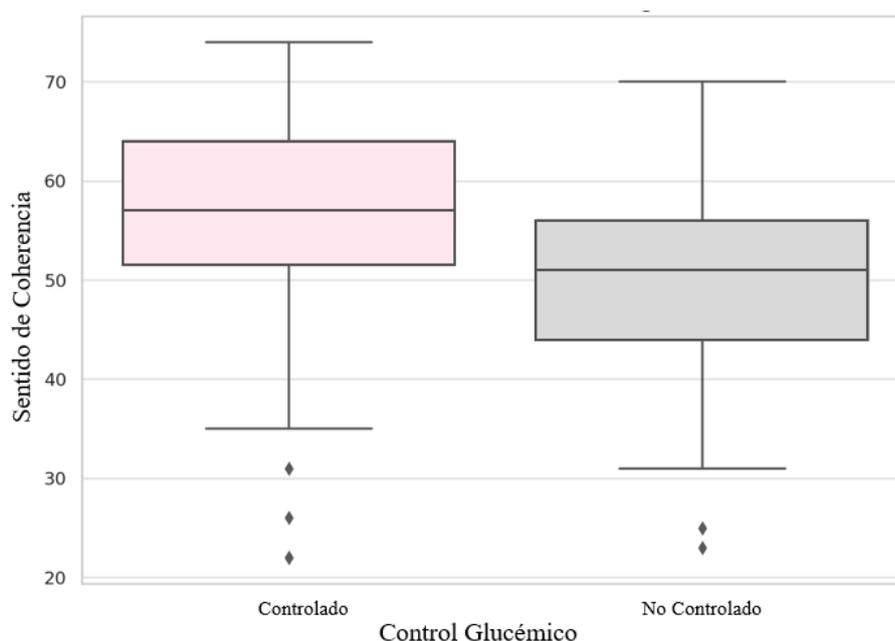
Posteriormente, en el Análisis con el Chi Cuadrado, se demostró que el grupo de pacientes con un adecuado control glucémico tiene una media de valores en la escala de SOC de 56.87 siendo este valor mayor que en los que no tienen un adecuado control (con un valor de 49.52); se evidencia además que existe una mayor dispersión de resultados en el primer grupo. Se tiene una diferencia de medias estadísticamente significativa ($p < 0.0001$) lo cual nos indica que existe una diferencia real en la media del Sentido de Coherencia entre pacientes con y sin control glucémico, reforzando que aquellos pacientes que presentan un adecuado control glucémico tienen un mayor valor en la escala administrada.

En específico, los participantes con control glucémico mostraron niveles significativamente más altos de SOC (Mediana = 57.00) en comparación con aquellos sin control glucémico (Mediana = 51.00). Este hallazgo refuerza los resultados observados en las pruebas paramétricas y destaca la robustez de la asociación, incluso al no asumir distribución normal.

Tabla 6
Relación entre Medias del SOC y Control Glucémico. Fuente: Ficha de Investigación

	n	Media de SOC	DE	Mediana
Controlado	99	56.87	11.22	57.00
No Controlado	114	49.52	9.00	51.00

Figura 16
Distribución del Sentido de Coherencia según Control Glucémico. Fuente: Ficha de Investigación



4.1.3. Correlación con el Sentido de Coherencia

El análisis de las variables demográficas indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el puntaje de SOC. El Odds Ratio (1.9396, IC 95%: 1.0925 - 3.4434) y el Risk Ratio (1.2797, IC 95%: 1.0211 - 1.6038) sugieren que el sexo femenino tiene mayor probabilidad de obtener un puntaje SOC más bajo. Además, las pruebas estadísticas (Chi-cuadrado y pruebas exactas) presentan valores de $p < 0.05$, lo que confirma que la relación observada no es producto del azar.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la residencia (rural o urbana) y SOC; ni respecto a la edad y el puntaje obtenido en el test. Respecto al estado civil, aunque los casados tienen una mayor proporción de alto SOC y los divorciados ninguna, las pruebas estadísticas indican que estas diferencias pueden ser producto del

azar ($p > 0.05$), siendo su asociación con el SOC no significativa ($X^2 = 5.1701$, $p = 0.2703$).

La variable “Grado de instrucción” tiene coeficientes positivos, sugiriendo que, a mayor nivel educativo, podría haber una mayor probabilidad de tener un alto sentido de coherencia, aunque no son significativas ($X^2 = 5.8053$, $p = 0.1215$, $p > 0.05$).

Tabla 7.

Características sociodemográficas y Sentido de Coherencia. Fuente: Ficha de Investigación

	Puntaje SOC bajo N = 137	Puntaje SOC adecuado N = 76	Total N = 213	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Edad				
Adulto (20 – 59 años)	63 (45.99%)	28 (36.84%)	91 (42.72%)	OR: 1.45 (0.82 – 2.59) X2: 1.31 p = 0.2511
Adulto mayor (≥ 60 años)	74 (54.01%)	48 (63.16%)	122 (57.28%)	
Sexo				
Femenino	92 (67.15%)	39 (51.32%)	131 (61.5%)	OR: 1.93 (1.09 – 3.44) X2: 4.53 p = 0.0333
Masculino	45 (32.85%)	37 (48.68%)	82 (38.5%)	
Zona de Residencia				
Rural	34 (24.82%)	16 (21.05%)	50 (23.47%)	OR: 1.23 (0.63 – 2.42) X2: 0.20 p = 0.6510
Urbano	103 (75.18%)	60 (78.95%)	163 (76.53%)	
Estado Civil				
Soltero (a)	22 (16.06%)	7 (9.21%)	29 (13.62%)	X2: 5.17 p = 0.2703
Conviviente	14 (10.22%)	5 (6.58%)	19 (8.92%)	
Casado (a)	91 (66.42%)	61 (80.26%)	152 (71.36%)	
Divorciado (a)	2 (1.46%)	0 (0%)	2 (0.94%)	
Viudo (a)	8 (5.84%)	3 (5.84%)	11 (5.16%)	
Grado de Instrucción				
Ninguno	6 (4.38%)	1 (1.32%)	7 (3.29%)	X2: 5.80 p = 0.1215
Primaria	43 (31.39%)	18 (23.68%)	61 (28.64%)	
Secundaria	69 (50.36%)	38 (50%)	107 (50.23%)	
Superior	19 (13.87%)	19 (25%)	38 (17.84%)	

Respecto a las variables clínicas, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y el sentido de coherencia ($X^2 = 10.7512$, $p = 0.0132$). Específicamente, las personas con peso normal tienen la mayor proporción de SOC adecuado (49.21%), mientras que todas aquellas con bajo peso presentan bajo SOC. Estos resultados sugieren que el estado nutricional podría influir en el SOC.

Los hallazgos no fueron significativos en cuanto a la presencia de dislipidemia, patologías asociadas ni en complicaciones.

El análisis por tiempo desde el diagnóstico mostró que los participantes que fueron diagnosticados hace 5 años o más presentaron una mayor proporción de alto SOC (39.85%) en comparación con aquellos con diagnósticos más recientes (28.75%). Sin embargo, esta diferencia no alcanzó significancia estadística ($X^2 = 2.6817$, $p = 0.1015$)

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de Patologías Asociadas y el SOC ($X^2 = 2.6118$, $p = 0.1067$). Aunque la mayoría de los individuos con asociaciones presentaron alto SOC, los valores obtenidos no permiten descartar que esta relación sea producto del azar.

Se identificó una tendencia hacia una asociación entre la presencia de complicaciones de la Diabetes Mellitus y el SOC, aunque sin alcanzar significancia estadística ($X^2 = 2.5776$, $p = 0.1084$). No obstante, los participantes con presencia de complicaciones presentaron una menor proporción de alto SOC (43.06%) en comparación con aquellos sin complicaciones (31.91%).

Tabla 8

Variables Clínicas y Sentido de Coherencia. Fuente: Ficha de Investigación

	Puntaje SOC bajo N = 137	Puntaje SOC adecuado N = 76	Total N = 213	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Estado Nutricional				
Bajo peso	7 (5.11%)	0 (0.00%)	7 (3.29%)	
Normal	32 (23.36%)	31 (40.79%)	63 (29.58%)	X2: 10.75
Sobrepeso	51 (37.23%)	27 (35.53%)	65 (30.52%)	P= 0.00132
Obesidad	47 (34.31%)	18 (23.68%)	78 (36.62%)	
Dislipidemia				
Sí	50 (36.50%)	35 (46.05%)	85 (39.91%)	
No	16 (11.68%)	6 (7.89%)	22 (10.33%)	X2: 2.12
No cuantificado	71 (51.82%)	35 (46.05%)	106 (49.77%)	P = 0.3720
Años del Diagnóstico				
≤ 5 años	57 (41.61%)	23 (30.26%)	80 (37.56%)	OR: 0.6 (0.33 – 1.1)
Más de 5 años	80 (58.39%)	53 (69.74%)	133 (62.44%)	X2: 2.21 P = 0.1015
Patologías Asociadas				
No presenta	9 (6.57%)	10 (13.16%)	19 (8.92%)	OR: 0.46 (0.17 – 1.19)
Sí presenta	128 (93.49%)	66 (86.84%)	194 (91.08%)	X2: 1.86 P = 0.1060

Complicaciones				
No presenta	96 (62.77%)	45 (72.37%)	141 (66.20%)	OR: 0.61 (0.89 – 2.89) X2: 2.11 P = 0.1083
Sí presenta	41 (37.23%)	31 (27.63%)	72 33.80%	

4.1.4. Correlación con el Control Glucémico

El análisis de asociación entre diversas variables sociodemográficas y el control glucémico reveló varios hallazgos importantes, descritos en la Tabla 9. La edad mostró una relación significativa con el control glucémico, con una razón de momios de 1.9118 (IC 95%: 1.0986 - 3.3268) y un valor de $p = 0.0212$, indicando que los adultos mayores tienen mayor probabilidad de mantener un control glucémico adecuado en comparación con los adultos más jóvenes, lo que sugiere que este grupo puede estar más adherido a tratamientos o controles médicos.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el control glucémico y el nivel de instrucción ($p = 0.5457$), estado civil ($p = 0.8775$), residencia ($p = 0.1961$) ni sexo ($p = 0.6722$), lo que sugiere que estos factores no influyen de manera significativa en la regulación de la glicemia en la muestra analizada.

Estos resultados sugieren que, dentro de la población estudiada, la edad podría ser un factor relevante en la regulación de la glicemia, mientras que otros factores sociodemográficos no mostraron una influencia significativa.

El modelo en general presentó un pseudo R^2 de 0.037, indicando una capacidad explicativa baja. Además, el test de verosimilitud sugiere que el modelo no es significativamente mejor que el azar ($p = 0.355$).

Tabla 9. Características sociodemográficas y Control Glucémico. Fuente: Ficha de Investigación

	No controlado N = n (%)	Controlado N = n (%)	Total N = n (%)	
Edad				
Adulto (20 – 59 años)	57 (50.00%)	34 (34.34%)	91 (42.72%)	OR: 1.9118 (1.09 – 3.32) X2: 4.6872 $p = 0.0212$
Adulto mayor (≥ 60 años)	57 (50.00%)	65 (65.66%)	122 (57.28%)	
Sexo				
Femenino	72 (63.16%)	59 (59.60%)	131 (61.5%)	OR: 1.16 (0.66 – 2.02) X2: 0.1534 $p = 0.6722$
Masculino	42 (36.84%)	40 (40.40%)	82 (38.5%)	
Zona de Residencia				
Rural	31 (27.19%)	19 (19.19%)	50 (23.47%)	

Urbano	83 (72.81%)	80 (80.81%)	163 (76.53%)	OR: 1.57 (0.82 – 3.00) X2: 1.46 p = 0.1961
Estado Civil				
Soltero (a)	18 (15.79%)	11 (11.11%)	29 (13.62%)	
Conviviente	10(8.77%)	9 (9.09%)	19 (8.92%)	
Casado (a)	80 (70.18%)	72 (72.73%)	152 (71.36%)	X2: 1.20 p = 0.8775
Divorciado (a)	1 (0.88%)	1 (1.01%)	2 (0.94%)	
Viudo (a)	5 (4.39%)	6 (6.06%)	11 (5.16%)	
Grado de Instrucción				
Ninguno	2 (1.75%)	5 (5.05%)	7 (3.29%)	
Primaria	35 (30.70%)	26 (26.26%)	61 (28.64%)	X2: 2.13 p = 0.5457
Secundaria	57 (50.00%)	50 (50.51%)	107 (50.23%)	
Superior	20 (17.54%)	18 (18.18%)	38 (17.84%)	

El análisis multivariado del control glucémico en relación con presencia de complicaciones (OR de 1.13 (IC 0.63-2.00), $p = 0.67$), patologías asociadas (0.38 (IC 0.13-1.09), $p = 0.06$), años desde el diagnóstico (1.19 (IC 0.68-2.08) y un valor de $p = 0.53$) y presencia de dislipidemia ($p = 0.44$); sugiere que ninguna de estas variables muestra una asociación estadísticamente significativa con el control glucémico, demostrados en la tabla 10.

El pseudo R^2 del modelo es 0.1982, lo que indica una mejor capacidad explicativa en comparación con el modelo anterior. Mientras que el test de verosimilitud tiene un p -valor de $1.001e-09$, lo que sugiere que el modelo es significativo en su conjunto.

Tabla 10.
Variables Clínicas y Control Glucémico. Fuente: Ficha de Investigación

	No controlado N = n (%)	Controlado N = n (%)	Total N = n (%)	
Estado Nutricional				
Bajo peso	7 (6.14%)	0 (0.00%)	7 (3.29%)	
Normal	37 (32.46%)	26 (26.26%)	63 (29.58%)	X2: 8.8672
Sobrepeso	41 (35.96%)	37 (37.37%)	65 (30.52%)	P= 0.0251
Obesidad	29 (25.44%)	36 (36.36%)	78 (36.62%)	
Dislipidemia				
Sí	41 (35.96%)	44 (44.445%)	85 (39.91%)	
No	13 (11.40%)	9 (9.09%)	22 (10.33%)	X2: 1.63 P = 0.4462
No cuantificado	60 (52.63%)	46 (46.46%)	106 (49.77%)	
Años del Diagnóstico				
≤ 5 años	45 (39.47%)	35 (35.35%)	80 (37.56%)	OR: 1.19 (0.68 – 2.08)
Más de 5 años	69 (60.53%)	64 (64.65%)	133 (62.44%)	X2: 0.2280 P = 0.3168
Patologías Asociadas				

No presenta	14 (12.28%)	5 (5.05%)	19 (8.92%)	OR: 0.37 (0.13 – 1.09) X2: 2.57 P = 0.0523
Sí presenta	94 (94.95%)	100 (87.72%)	194 (91.08%)	
Complicaciones				
No presenta	74 (64.91%)	67 (67.68%)	141 (66.20%)	OR: 1.13 (0.63 – 2.00) X2: 0.0785 P = 0.3901
Sí presenta	40 (35.09%)	32 (32.32%)	72 (33.80%)	

4.2. Discusión

El presente estudio analizó la asociación entre el sentido de coherencia y el control glucémico, considerando diversas variables intervinientes que podrían influir en esta relación. Los hallazgos obtenidos permiten una interpretación más profunda sobre el papel de los factores psicológicos y sociales en la gestión de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Se demostró que más de la mitad de pacientes encuestados (137 pacientes) obtuvieron puntuaciones bajas en el Test de Antonovsky, con una media de 47.13, lo cual refleja una menor habilidad para interpretar y enfrentar su entorno de manera coherente. Mientras que, de igual forma, más de la mitad no presentaban un adecuado Control Glicémico, con una media de 9.77 %. Siendo estos resultados consistentes con las hipótesis específicas planteadas respectivamente.

Los datos obtenidos sugieren que un mayor Sentido de Coherencia está asociado con un mejor control glucémico (OR = 6.79, IC 95%: 3.609 - 12.7873); este resultado es consistente con la hipótesis general formulada en el presente estudio, además es avalado por la teoría de Antonovsky, quien postuló que un fuerte sentido de coherencia permite a los individuos manejar el estrés y adaptarse mejor a condiciones de salud crónicas^[18]. En el contexto de la diabetes, esto implica que aquellos con un sentido de coherencia elevado podrían ser más propensos a adherirse a hábitos saludables, seguir indicaciones médicas y manejar eficazmente los desafíos que implica la enfermedad^[21]; resultados que difieren con el estudio realizado por Levent Çoban y colaboradores donde demuestran que no existe una relación entre el Control Glucémico y el SOC^[104].

Los factores sociodemográficos y clínicos analizados en este estudio permiten entender la relación entre el Sentido de Coherencia y el control glucémico; se llegó a la conclusión de que estas variables pueden diferir según la edad y el sexo; esto puede explicarse por diferencias en la percepción del estrés, la adherencia al tratamiento y los

recursos de afrontamiento disponibles en distintos grupos etarios y de género, como es descrito en el estudio de Merakou y colaboradores ^[28]. Se evidenció que las mujeres presentaban un menor Sentido de Coherencia, siendo este un hallazgo estadísticamente significativo (OR: 1.9396, IC 95%: 1.0925 - 3.4434). Los participantes con mayor nivel de instrucción y aquellos que estaban casados tendieron a presentar un mejor control glucémico, esto sugiere que el acceso a información y el apoyo social pueden jugar un papel clave en la gestión de la enfermedad. Aquellos con un SOC adecuado aparentemente son más propensos a adoptar conductas saludables que se reflejan en el adecuado Control Glucémico, lo que refuerza la idea de que el sentido de coherencia influye en la toma de decisiones relacionadas con la salud como previamente fue descrito por Márquez^[21]. Respecto a la presencia de dislipidemia y otras comorbilidades puede modificar la relación entre sentido de coherencia y control glucémico. Esto indica que, aunque el sentido de coherencia es un factor relevante, no actúa de manera aislada y debe considerarse dentro de un marco integral de salud.

4.3. Conclusiones

- Se demostró que más de la mitad de los pacientes atendidos en el Hospital Regional del Cusco en el presente año tienen un inadecuado Sentido de Coherencia y un deficiente control Glucémico.
- El Sentido de Coherencia sí tiene influencia en el control glucémico, los participantes con un mayor sentido de coherencia tendieron a presentar un mejor control de su enfermedad, siendo evidenciado a través de la Hemoglobina Glicosilada.
- Variables como la edad, el sexo, el estado civil y el nivel educativo mostraron una relación con el sentido de coherencia y el control glucémico, siendo la relación entre el sexo femenino y Sentido de Coherencia la que tiene mayor significancia estadística.
- En particular, los individuos con mayor nivel de instrucción presentaron mejores indicadores de salud. Se observó que aquellos participantes con un mayor Sentido de Coherencia también presentan valores normales de IMC, lo que a su vez impactó positivamente en su control glucémico.
- Aunque el sentido de coherencia es relevante, su efecto puede estar condicionado por el estado de salud general del paciente.
- En conclusión, el sentido de coherencia emerge como un factor relevante en el manejo del control glucémico, influenciado por diversas variables intervinientes. Su

fortalecimiento podría representar una estrategia clave en la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida en personas con diabetes.

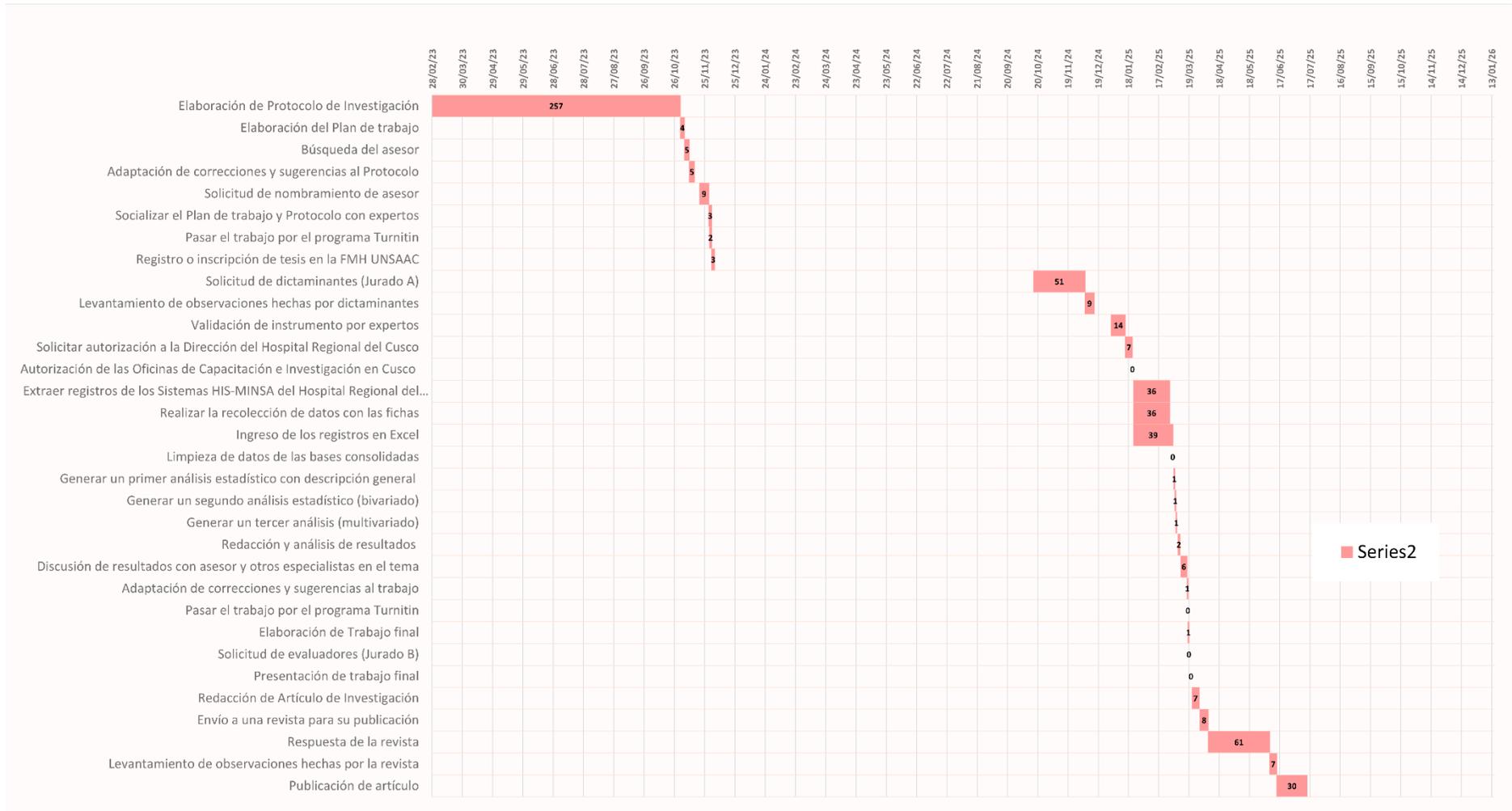
4.4. Sugerencias

- Al Hospital Regional del Cusco, implementar programas de intervención multisectorial en el tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus; es clave que los servicios de salud integren evaluaciones psicológicas y programas de apoyo emocional para los pacientes, estos, deberían involucrar a los familiares y redes de apoyo social para mejorar la capacidad de afrontamiento de la enfermedad; además, deben ser accesibles a la población en general, considerando las diferencias en niveles de instrucción y el uso de lenguas indígenas en algunas regiones.

En relación al número de pacientes que presentan complicaciones, se evidenció que menos de la mitad de atendidos las presentaba; sin embargo, este dato podría estar sesgado debido a la deficiencia en los programas de tamizaje de las mismas; por lo que, se considera necesario que las especialidades médicas como neurología, nefrología y oftalmología consideren implementar jornadas especiales destinadas al descarte de complicaciones en estos pacientes.

- Al Programa de Salud Mental del Hospital Regional del Cusco, se debe tener en cuenta la relación encontrada entre el sexo femenino y el bajo Sentido de Coherencia, demostrando que se requieren intervenciones enfocadas a este grupo poblacional, así como realización de programas de tamizaje de otras patologías que podrían coexistir (depresión, ansiedad).
- A los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, se resalta la necesidad de futuras investigaciones ya que el presente estudio es de corte transversal y se realizó en una población determinada por su asistencia a un solo hospital del Cusco; además, se sugiere profundizar en el estudio del Sentido de Coherencia y su relación con el sexo teniendo en cuenta que la recolección de datos debería darse por encuestadores de ambos sexos para facilitar la respuesta de los pacientes, disminuyendo el sesgo. Estos estudios podrían abordar esta relación desde un enfoque longitudinal, incorporando intervenciones específicas para fortalecer el sentido de coherencia y evaluar su impacto en el tiempo además de ampliar la población para la observación y descripción de variables que podrían tener diferencias entre regiones de nuestro país.

CRONOGRAMA



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wu Y, Ding Y, Tanaka Y, Zhang W. Risk Factors Contributing to Type 2 Diabetes and Recent Advances in the Treatment and Prevention. *Int J Med Sci* 2014;11(11):1185-200.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 2022; Available from: <https://diabetesatlas.org/data/en/>
3. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes [Internet]. 2020; Available from: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Nota de Prensa N° 080. 2021;2.
5. Carrillo R, Bernabé A. Diabetes Mellitus Tipo 2 en Perú: Una Revisión Sistemática sobre la Prevalencia e Incidencia en Población General. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2019;36(1):26-36.
6. CDC MINSA. Perú notificó más de 32 mil casos de diabetes en todo el país desde el inicio de la pandemia [Internet]. CDC MINSA 2022 [citado 2023 ene 10]; Available from: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-notifico-mas-de-32-mil-casos-de-diabetes-en-todo-el-pais-desde-el-inicio-de-la-pandemia/>
7. Revilla L. Epidemiología de la Diabetes en el Perú [Internet]. Perú: CDC - Perú; 2021. Available from: https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2022/01/Unidad-I-Tema-1-Epidemiologia-de-la-diabetes_pub.pdf
8. Ministerio de Salud. Primeras Causas de Mortalidad en el Perú [Internet]. 2018; Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOWIxYzdjZTMtMGJhMy00NmZlNWl4ZGEtNjEwOTIiNmI0OTEyIiwidCI6IjE3OWJkZGE4LWQ5NjQtNDNmZi1hZDNiLTU3NDE4NmEyZmEyOCIsImMiOiR9>
9. EsSalud. EsSalud Cusco detecta mensualmente más de 100 casos nuevos de Diabetes [Internet]. EsSalud 2019 [citado 2023 ene 10]; Available from: <http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-cusco-detecta-mensualmente-mas-de-100-casos-nuevos-de-diabetes>
10. Oficina de Inteligencia Sanitaria - Unidad de Epidemiología. Reporte de Vigilancia Epidemiológica de Diabetes 2016 - 2024. Cusco - Perú: Hospital Regional del Cusco; 2024.
11. Unidad de Estadística - Hospital Regional del Cusco. Reporte de Pacientes Hospitalizados 2015 - 2024. 2025;
12. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 1993;329(14):977-86.

13. Leites A, García P, Fernández M, Tenorio L, Fornos J, Andrés F. Evaluación de la no adherencia al tratamiento hipoglucemiante en la farmacia comunitaria. *Farm Comunitarios* 2019;11(1):5-13.
14. Vilchez-Cornejo J, Romani L, Reategui S, Gomez-Rojas E, Silva C. Factores asociados a la realización de actividades de autocuidado en pacientes diabéticos en tres hospitales de Ucayali. *Rev Fac Med Humana* 2020;20(2):82-8.
15. Calderón A. Nivel de conocimientos y aptitudes sobre complicaciones crónicas de la diabetes mellitus 2, Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz. *Rev Fac Med Humana* 2019;19(1):5.
16. García M, Fabian M, Cobo C. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la Diabetes y comorbilidades. *Med Interna México* 2010;26(2):100-8.
17. Lunghi C, Moisan J, Grégoire JP, Guénette L. Incidence of Depression and Associated Factors in Patients With Type 2 Diabetes in Quebec, Canada: A Population-Based Cohort Study. *Medicine (Baltimore)* 2016;95(21):e3514.
18. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(5):376-81.
19. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well.* 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
20. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol* 1984;46(4):839-52.
21. Márquez-Palacios JH, Urzúa-Morales A, Calderón-Carvajal C, Salazar-Estrada JG, Díaz-Reséndiz F de J. El efecto mediador del sentido de coherencia en la relación entre autocuidado y control glucémico de personas diabéticas. *Glob Health Promot* 2021;28(3):95-103.
22. Bruck C, Buss I, Manfrini G, Fernandes P, Souza L. The salutogenesis in health research: an integrative review. *Enferm Uerj [Internet]* 2018 [citado 2022 dic 5];26. Available from: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=IFME&sw=w&issn=01043552&v=2.1&it=r&id=G ALE%7CA587876736&sid=googleScholar&linkaccess=abs>
23. Ramos-Valle D, García-Cortés LR, Dichi-Romero M de los Á. Sentido de coherencia en debutantes de diabetes mellitus 2: estudio tipo casos-controles. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc* 2023;61(3):258-64.
24. Cohen M, Kanter Y. Relation between Sense of Coherence and glycemic control in type 1 and type 2 Diabetes. *Behav Med Wash DC* 2004;29(4):175-83.

25. Ahola AJ, Mikkilä V, Saraheimo M, Wadén J, Mäkimattila S, Forsblom C, et al. Sense of coherence, food selection and leisure time physical activity in type 1 Diabetes. *Scand J Public Health* 2012;40(7):621-8.
26. Nuccitelli C, Valentini A, Caletti MT, Caselli C, Mazzella N, Forlani G, et al. Sense of coherence, self-esteem, and health locus of control in subjects with type 1 Diabetes Mellitus with/without satisfactory metabolic control. *J Endocrinol Invest* 2018;41(3):307-14.
27. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública* 2011;85:129-39.
28. Merakou K, Koutsouri A, Antoniadou E, Barbouni A, Bertsiias A, Karageorgos G, et al. Sense of coherence in people with and without type 2 diabetes mellitus: an observational study from Greece. *Ment Health Fam Med* 2013;10(1):3-13.
29. Márquez J, Yanez L, Salazar J. Relationship between Sense of Coherence and Diabetes Mellitus: a systematic review. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020;25:3955-67.
30. Richardson A, Adner N, Nordström G. Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability. *J Adv Nurs* 2001;33(6):758-63.
31. Kouvonen A, Väänänen A, Woods S, Heponiemi T, Koskinen A, Toppinen S. Sense of coherence and Diabetes: A prospective occupational cohort study. *BMC Public Health* [Internet] 2008;8(1). Available from: https://www.academia.edu/26773791/Sense_of_coherence_and_diabetes_a_prospe ctive_occupational_cohort_study
32. Nilsen V, Bakke PS, Rohde G, Gallefoss F. Is sense of coherence a predictor of lifestyle changes in subjects at risk for type 2 diabetes? *Public Health* 2015;129(2):155-61.
33. Sandén B. Coping with type-2 Diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *J Adv Nurs* 2000;31(6):1393-7.
34. Olesen K, Jensen T, Diaz L, Møller A, Willaing I, Lyssenko V. Sense of Coherence is associated with LDL-cholesterol in patients with type 1 Diabetes - The PROLONG-Steno study. *J Clin Transl Endocrinol* 2017;8:1-5.
35. Lundman B, Norberg A. The significance of a Sense of Coherence for subjective health in persons with insulin-dependent Diabetes. *J Adv Nurs* 1993;18(3):381-6.
36. Mikkelsen KZ, Rosholm ASH, Lee K, Grabowski D. Improved Self-Management in People with Type 1 Diabetes: A Qualitative Study of Sense of Coherence in Daily Life One Year after the First COVID-19 Lockdown in Denmark. *Diabetology* 2022;3(2):334-47.
37. Adorni R, Greco A, D'Addario M, Zanatta F, Fattirolli F, Franzelli C, et al. Sense of Coherence Predicts Physical Activity Maintenance and Health-Related Quality

- of Life: A 3-Year Longitudinal Study on Cardiovascular Patients. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(8):4700.
38. Forsberg C, Björvell H. Living with cancer: perceptions of well-being. *Scand J Caring Sci* 1996;10(2):109-15.
 39. Sarenmalm E, Browall M, Persson L, Fall J, Gaston F. Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psychooncology* 2013;22(1):20-7.
 40. Cederfjäll C, Langius A, Lidman K, Wredling R. Self-Reported Adherence to Antiretroviral Treatment and Degree of Sense of Coherence in a Group of HIV-Infected Patients. *AIDS Patient Care STDs* 2002;16(12):609-16.
 41. Sawma T, Sanjab Y. The association between sense of coherence and quality of life: a cross-sectional study in a sample of patients on hemodialysis. *BMC Psychol* 2022;10(1):100.
 42. Geulayov G, Drory Y, Novikov I, Dankner R. Sense of coherence and 22-year all-cause mortality in adult men. *J Psychosom Res* 2015;78(4):377-83.
 43. Piironen I, Tuomainen T, Tolmunen T, Kauhanen J, Kurl S, Nilsen C, et al. Sense of Coherence and Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med* 2020;82(6):561-7.
 44. Yuday MR, Maely RR, Maurenis EC, Dianavell MR, Maidely MR. Sentido de coherencia en pacientes hipertensos en la atención primaria de salud. [Internet]. En: III Congreso de Medicina Familiar, 2023. 2023 [citado 2023 nov 27]. Available from: <https://congresosmedicinafamiliar.sld.cu/index.php/medfamiliar23/2023/paper/view/164>
 45. Esquivel Garzón N, Díaz Heredia LP, Grisales Romero H, Cañon-Montañez W. Effectiveness of tailored intervention with a salutogenic approach to improve adherence in adults with hypertension: a non-randomized trial. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2022;21(2):135-42.
 46. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes - 2025. Enero 2025 [Internet] 48(1). Available from: https://diabetesjournals.org/care/issue/48/Supplement_1
 47. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°658-2019 MINSA [Internet]. 2019; Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__658-2019-MINSA.PDF
 48. Galletta M, Cherchi M, Cocco A, Lai G, Manca V, Pau M, et al. Sense of coherence and physical health-related quality of life in Italian chronic patients: the mediating role of the mental component. *BMJ Open* 2019;9(9):e030001.

49. Organización Mundial de la Salud. Constitución [Internet]. Gob. OMS1946; Available from: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
50. Jimbo C del RB, Villa KF, Insuasty MCL, Plaza LAM. Proceso de adaptación en pacientes diabéticos. *Rev Eugenio Espejo* 2021;15(1):43-53.
51. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. The Belmont Report. 1979;
52. Manzini J. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* [Internet] 2000 [citado 2022 dic 27];6(2). Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
53. Tribunal Internacional de Núremberg. Código de Nuremberg. 1947;
54. Antonovsky A. The salutogenic approach to family system health: promise and danger. In: *European congress on mental health in European families*. [Internet]. 1991; Available from: <https://www.angelfire.com/ok/soc/agolem.html>
55. Palacios X, Restrepo M. Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: Una alternativa para abordar el tema de la salud mental. *Inf Psicológicos* 2008;10:275-300.
56. Barańczuk U. The five factor model of personality and sense of coherence: A meta-analysis. *J Health Psychol* 2021;26(1):12-25.
57. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2005;59(6):460-6.
58. Ortiz D, Jayo L, Ramos C. Estructura factorial del sentido de coherencia y su relación de apego. *Aval Psicológica* 2020;19(3):298-309.
59. Abdelgadir M, Shebeika W, Eltom M, Berne C, Wikblad K. Health related quality of life and sense of coherence in Sudanese diabetic subjects with lower limb amputation. *Tohoku J Exp Med* 2009;217(1):45-50.
60. Bilsky W. *La teoría de las facetas: Informaciones básicas y aplicaciones paradigmáticas*. 2010.
61. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993;36(6):725-33.
62. Jurado HV, Rivera VC, Franco AC, Oca VOM de, Salazar PH, Rull MAP. Comparación de dos formas de una escala de sentido de coherencia. *Rev Intercont Psicol Educ* 2014;16(2):51-70.
63. Ortiz-Granja D, Acosta-Rodas P, Lepe-Martínez N, Del-Valle M, Ramos-Galarza C, Ortiz-Granja D, et al. Escala Reducida Para Valorar El Sentido De Coherencia: Soc 15. *Rev Ecuat Neurol* 2019;28(2):23-7.

64. A A. Health, Stress, and Coping. *New Perspect Ment Phys Well-Being* 1979;12-37.
65. Vaandrager L, Kennedy L. The Application of Salutogenesis in Communities and Neighborhoods [Internet]. En: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al., editores. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham (CH): Springer; 2017 [citado 2023 nov 27]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435839/>
66. Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int* 2006;21(3):238-44.
67. *The Handbook of Salutogenesis* | SpringerLink [Internet]. [citado 2023 nov 27]; Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-79515-3>
68. American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association, Moghissi ES, Korytkowski MT, DiNardo M, Einhorn D, Hellman R, et al. Consensus Statement on Inpatient Glycemic Control. *Diabetes Care* 2009;32(6):1119-31.
69. Botella M, Rubio J, Percovich J, Platero E, Tasende C, Álvarez J. Glycemic control in non-critical hospitalized patients. *Endocrinol Nutr Engl Ed* 2011;58(10):536-40.
70. Muhammad I, Begum S, Kandhro A, Ahmed N, Qasim R. The Management of Glycemic Control in Associated Disorders. *Int J Endorsing Health Sci Res* 2017;5.
71. Laiteerapong N, Ham SA, Gao Y, Moffet HH, Liu JY, Huang ES, et al. The Legacy Effect in Type 2 Diabetes: Impact of Early Glycemic Control on Future Complications (The Diabetes & Aging Study). *Diabetes Care* 2019;42(3):416-26.
72. Schmeltz L, Metzger B. Diabetes/Syndrome X [Internet]. En: Taylor J, Triggler D, editores. *Comprehensive Medicinal Chemistry II*. Oxford: Elsevier; 2007. página 417-58. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B008045044X001796>
73. Ghosh S, Collier A. Chronic complications of Diabetes [Internet]. En: Ghosh S, Collier A, editores. *Churchill's Pocketbook of Diabetes (Second Edition) (Second Edition)*. Oxford: Churchill Livingstone; 2012. página 165-226. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780443100819000129>
74. Rawal G, Yadav S, Singh A. Glycosylated hemoglobin (HbA1C): A brief overview for clinicians. *Indian J Immunol Respir Med* 2016;1:33-6.
75. The International Expert Committee. International Expert Committee Report on the Role of the A1C Assay in the Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care* 2009;32(7):1327-34.
76. CDCespanol. Pruebas de diabetes y prediabetes: A1c [Internet]. *Diabetes2024* [citado 2025 feb 18]; Available from: <https://www.cdc.gov/diabetes/es/diabetes-testing/pruebas-de-diabetes-y-prediabetes-a1c.html>

77. National Eye Institute. Diabetic Retinopathy [Internet]. 2022; Available from: <https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/eye-conditions-and-diseases/diabetic-retinopathy>
78. Gómez A. Manifestaciones oculares de la Diabetes y la Hipertensión Arterial. *Offarm* 2011;30(6):42-6.
79. Pérez A, Feria A, Inclán A, Delgado J, Pérez A. Algunos aspectos actualizados sobre la polineuropatía diabética. *MEDISAN* [Internet] 2022;26(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192022000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
80. Gross J, de Azevedo M, Silveiro S, Canani L, Caramori M, Zelmanovitz T. Diabetic Nephropathy: Diagnosis, Prevention, and Treatment. *Diabetes Care* 2005;28(1):164-76.
81. Varghese R, Jialal I. Diabetic Nephropathy [Internet]. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534200/>
82. Boulton A, Armstrong D, Krisner R, Attinger C, Lavery L, Lipsky B, et al. Diagnosis and Management of Diabetic Foot Complications. *ADA Clin Compend* 2018;2018(2):1-20.
83. Kasper D. *Harrison: Principios de Medicina Interna* [Internet]. 20e ed. Madrid: McGraw Hill Medical; 2018. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2461>
84. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. *Diabetes Care* 2019;43(Supplement_1):S14-31.
85. Tinajero M, Malik V. An Update on the Epidemiology of Type 2 Diabetes: A Global Perspective. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2021;50(3):337-55.
86. American Diabetes Association. Diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. ADA2022; Available from: <https://ada.com/es/conditions/diabetes-mellitus-type-2/>
87. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Type 2 Diabetes [Internet]. *Natl. Inst. Diabetes Dig. Kidney Dis.* 2017; Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/what-is-diabetes/type-2-diabetes>
88. Kordbagheri M, Bagheri SM, Heris NJ, Matbouraftar P, azarian M, mousavi SM. The mediating role of psychological well-being in the relationship between the light triad of personality and sense of concordance with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: A network analysis and structural equation modeling study. *Acta Psychol (Amst)* 2024;248:104361.

89. Madhu SV, Siddiqui A, Desai NG, Sharma SB, Bansal AK. Chronic stress, sense of coherence and risk of type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev* 2019;13(1):18-23.
90. Perlmutter L, Flanagan B, Shah P, Singh S. Glycemic Control and Hypoglycemia. *Diabetes Care* 2008;31(10):2072-6.
91. Hammond A, Niedermann K. Sense of Coherence - an overview [Internet]. En: *Hormones, Brain and Behavior*. 2009. Available from: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/sense-of-coherence>
92. Definition of SALUTOGENESIS [Internet]. [citado 2023 nov 28]; Available from: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/salutogenesis>
93. Fundación para la Diabetes Novo Nordisk. ¿Qué es la Diabetes? [Internet]. *Fundaciondiabetes.org*2022; Available from: <https://www.fundaciondiabetes.org/general/196/glosario-de-terminos-diabetes>
94. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23 ed [Internet]. «Diccionario Leng. Esp. - Ed. Tricentenario2014; Available from: <https://dle.rae.es>
95. National Center for Biotechnology Information. Medical Subject Headings [Internet]. 2024; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>
96. Roberto Hernandez Sampieri. Metodología de la Investigación [Internet]. 6ta ed. Mc Graw Hill Education; 2018. Available from: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
97. Veiga De Cabo J, Fuente Díez EDL, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med Segur Trab* [Internet] 2008 [citado 2023 nov 28];54(210). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
98. Soto A, Cvetkovich A, Soto A, Cvetkovich A. Estudios de casos y controles. *Rev Fac Med Humana* 2020;20(1):138-43.
99. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investig En Educ Médica* 2013;2(7):162-7.
100. Cerón MC, Ceráon MC. Metodologías de la investigación social [Internet]. LOM ediciones Santiago; 2006 [citado 2023 nov 28]. Available from: https://www.academia.edu/download/47766006/Canales_Ceron_Manuel_-_Metodologias_De_Investigacion_Social.pdf
101. Vega M, Frías A, Del Pino R. Validez y confiabilidad de la escala de Sentido de Coherencia en estudiantes de grado de enfermería de una universidad española. *Gac Sanit* 2019;33(4):310-6.

102. Lizarbe M, Guillén F, Aguinaga I, Canga N. Validación del Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ-13) de Antonovsky en una muestra de estudiantes universitarios en Navarra. *An Sist Sanit Navar* 2016;39(2):237-48.
103. Campo A, Oviedo HC. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev Salud Pública* 2008;10:831-9.
104. Çoban L, Beyca C, Mutlu HH. Diyabetik Hastalarda Bütünlük Duygusu ile Glisemik Kontrol İlişkisi. *Turk J Diabetes Obes* 2021;5(2):124-30.

ANEXOS

ANEXO 1. – MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS
<p>PG: ¿Cuál es la asociación entre los niveles del Sentido de Coherencia y el Control Glucémico en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025?</p>	<p>OG: Determinar la asociación entre los niveles del Sentido de Coherencia y el Control Glucémico en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025.</p>	<p>HG: Existe una asociación intensa entre los niveles del Sentido de Coherencia y el Control Glucémico en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025.</p>	<p>Variables Implicadas:</p> <p>VI: Sentido de coherencia de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del CUSCO, 2025.</p> <p>VD: Nivel de Hemoglobina Glicosilada</p>	<p>Tipo de Investigación: Cuantitativa, correlacional.</p> <p>Diseño de Investigación: Casos y controles, no experimental.</p> <p>Población: 213 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 del servicio de endocrinología del Hospital Regional del CUSCO, 2025.</p>	<p>Instrumento: Cuestionario de Antonovsky, el cual cuenta con 15 ítems, los cuales están divididos en 3 segmentos que evaluarán la comprensibilidad, manejabilidad y significación.</p> <p>Plan de Análisis de Datos: Se realizó el análisis univariado, bivariado y multivariado de los datos obtenidos.</p>
<p>PE1: ¿Cuál es el nivel de Sentido de Coherencia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital</p>	<p>OE1: Cuantificar el nivel de Sentido de Coherencia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital</p>	<p>HE1: El nivel de Sentido de Coherencia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del</p>	<p>Variables Implicadas: no</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Zona de residencia - Estado civil - Grado de Instrucción 		

Regional del Cusco, 2025?	Regional del Cusco, 2025.	Cusco, 2025 es bajo.	<ul style="list-style-type: none"> - Talla - Peso - Fecha del diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 - Colesterol sérico total - Colesterol HDL - Triglicéridos - Patologías asociadas - Complicaciones propias de la Diabetes Mellitus tipo 2 		
<p>PE2: ¿Cuál es el valor de Hemoglobina Glicosilada en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025?</p>	<p>OG2: Estimar el valor de Hemoglobina Glicosilada en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025.</p>	<p>HE2: El valor de Hemoglobina Glicosilada en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco, 2025 es elevado.</p>	<p>Indicadores:</p> <p>Sentido de Coherencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprensibilidad, - Manejabilidad - Significación. <p>Control glucémico Nivel de Hemoglobina Glicosilada.</p>		

ANEXO 2. – INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco
Facultad de Medicina Humana



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“SENTIDO DE COHERENCIA Y CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL
REGIONAL DEL CUSCO EN EL AÑO 2025”**

Estimado participante:

El presente cuestionario tiene como objetivo recolectar información para nuestro estudio denominado **“Sentido de Coherencia y Control Glucémico en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional del Cusco en el año 2025”**.

Consta de 4 secciones, las 3 primeras cuentan con preguntas generales sociodemográficas, clínicas y laboratoriales; y la última, con el Test de Antonovsky, el cual nos permitirá tener una apreciación numérica del Sentido de Coherencia en el momento de la realización del test. Por lo que para tener más precisión en el estudio le solicitamos que al leer cada una de las preguntas, concentre su atención de manera que la respuesta que emita sea fidedigna y confiable; recuerde que no existen respuestas buenas o malas. Cabe resaltar que la información que se recabe tiene por objeto la realización de un trabajo de investigación relacionado por lo que además de mantener su anonimato esta información será tratada de manera confidencial por el equipo de investigación.

Con el entendimiento del presente, el encuestador solicitará su consentimiento informado de forma oral para la participación del estudio, se hace énfasis en que puede retirarse en cualquier momento de la aplicación del instrumento.

Finalmente, aclararle que todas las dudas existentes pueden realizárselas al encuestador.

Gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO

Fecha: __/__/__

Hora: __: __

Nº de ficha: __

SECCIÓN I: DATOS GENERALES

1. Edad: ____ años cumplidos	2. ¿A qué sexo pertenece?	Masculino	Femenino
3. ¿Cuál es su zona de residencia?	Rural	Urbano	
4. ¿Cuál es su estado civil?	Soltero(a)	Casado(a)	Conviviente
	Divorciado(a)	Viudo(a)	
5. ¿Cuál es su grado de instrucción?	Ninguno	Primaria	Secundaria
		Superior	

SECCIÓN II: DATOS CLÍNICOS

6. Peso: ____ kg	7. Talla: ____ cm	8. Fecha del diagnóstico: ____
------------------	-------------------	--------------------------------

SECCIÓN III: DATOS LABORATORIALES Y OTROS

9. Colesterol sérico total: ____ mg/dl	10. Colesterol HDL: ____ mg/dl				
11. Triglicéridos: ____ mg/dl	12. Creatinina Sérica: ____ mg/dl				
13. Patologías Asociadas	No presenta	Hipertensión	Cáncer	VIH	Otros: _____
14. Complicaciones causadas por la DM2	No presenta	Nefropatía	Neuropatía	Retinopatía	Pie Diabético
Otro: _____					
15. Test de Antonovsky	16. Nivel de Hemoglobina Glicosilada:				
Total: ____	Adecuado	____ %			
	Inadecuado				
		Inadecuado control			

SECCIÓN IV: TEST DE ANTONOVSKY (SOC - 15)

La siguiente escala valora el Sentido de Coherencia, debe responder cada una de las 15 preguntas marcando la casilla correspondiente al número que le parezca más adecuado, teniendo en cuenta los siguientes valores:

Nunca (N)	Casi Nunca (CN)	A veces (AV)	Casi Siempre (CS)	Siempre (S)
1	2	3	4	5



Dimensión	Ítems	N	CN	AV	CS	S
Comprensión	Sientes que el resto de personas (familia, amigos, etc) te comprenden cuando hablas.	1	2	3	4	5
	Sientes que tienes confianza en que todo saldrá bien, incluso si depende de otros.	1	2	3	4	5
	Cuando te pasa algo bueno sientes que te lo mereces.	1	2	3	4	5
	Tienes claridad en tus ideas y sentimientos.	1	2	3	4	5
	Tienes personas con quienes contar.	1	2	3	4	5
Manejo	En los últimos años, las decisiones de tu vida han tenido claridad y coherencia.	1	2	3	4	5
	Te encuentras en una situación en la que sabes lo que tienes que hacer.	1	2	3	4	5
	Te sientes bien, tranquilo al realizar las actividades de cada día.	1	2	3	4	5
	Manejas adecuadamente tus sentimientos.	1	2	3	4	5
	Eres capaz de afrontar las dificultades en tu vida.	1	2	3	4	5
Significado	Para ti la vida es interesante.	1	2	3	4	5
	Tu opinión sobre la vida es que se puede encontrar una solución a las dificultades.	1	2	3	4	5
	Percibes que tu vida es buena.	1	2	3	4	5
	Encontrar una solución a los problemas es fácil.	1	2	3	4	5
	Las cosas que haces en tu vida tienen sentido.	1	2	3	4	5

Gracias por su participación.