



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA DE ENFERMERÍA

**DETERMINANTES COGNITIVOS Y CONDICIONANTES DEL AUTOCUIDADO
EN EFECTIVOS POLICIALES CON DIABETES MELLITUS TIPO DOS**

Alumno: Enf. Abel Hernán Vallejos

Docente: Prof. Dra. Lic. Miana Vanesa Verónica

Contenido

Contenido	2
1 Resumen.....	4
2 Introducción	5
3 Problema científico	12
4 Objetivos.....	14
4.1 Objetivo general	14
4.2 Objetivos específicos.....	14
5 Hipótesis	14
6 Marco teórico	15
6.1 Antecedentes.....	15
6.1.1 Antecedente N.º 1:.....	15
6.1.2 Antecedente N.º 2:.....	16
6.1.3 Antecedente N.º3:.....	17
6.1.4 Antecedente N.º4:.....	17
6.1.5 Antecedente N.º5:.....	18
6.1.6 Antecedente N.º6.....	18
6.2 Teoristas.....	19
6.2.1 Teoría del déficit del autocuidado de Dorotea Orem	19
6.2.2 Teoría de promoción de la salud de Nola Pender.....	21
6.3 Bases teóricas	23
6.3.1 La diabetes.....	23
7 Materiales y métodos	43
7.1 Población de estudio.....	43
7.2 Muestra	43
7.3 Unidad de análisis.....	43

7.4	Tipo de muestreo	43
7.5	Criterios de inclusión.....	43
7.6	Criterios de exclusión	43
7.7	Tipo de diseño o diseño metodológico	44
7.8	Tipo de análisis	44
7.9	Instrumento	44
7.10	Operacionalización de variables	45
7.11	Operacionalización de variables	45
8	Resultados	51
9	Discusión.....	66
10	Conclusiones	71
11	Bibliografía.....	72
12	Anexos.....	80
12.1	Cuestionario de Microsoft Forms	80
12.2	Tabla de valores dimensionales, escala de Likert.....	85
12.3	Tablas de gráficos	86
12.4	Solicitud de autorización a jefa del área	95
12.5	Solicitud de jefa de enfermería a superioridad vía GDE	96
12.6	Aprobación de superioridad por GDE	97
12.7	Consentimiento informado	98

1 Resumen

Introducción: La Diabetes Mellitus tipo dos genera importantes cambios en la vida de los funcionarios policiales, lo que deteriora sus capacidades físicas y calidad de vida. Esta condición impacta directamente en el desempeño laboral, disminuyendo la productividad. En este contexto, la aplicación de conocimientos adecuados y prácticas de autocuidado eficaces se presenta como una herramienta fundamental, rápida, económica y efectiva para prevenir complicaciones asociadas a la enfermedad. **Objetivo general:** analizar cuál es el conocimiento y las condiciones de autocuidado que presentan los pacientes con diabetes mellitus dos pertenecientes a la fuerza de seguridad marítima y lacustre. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de campo con una muestra de 100 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo dos, pertenecientes a dicha institución. La recolección de datos se efectuó mediante una encuesta anónima, autoadministrada, con preguntas cerradas a través de la plataforma Forms. El diseño metodológico fue de tipo descriptivo, de corte transversal y con un enfoque cuantitativo. **Resultados:** los participantes presentaron un nivel de conocimiento intermedio, con fundamentos poco sólidos. Asimismo, se observaron prácticas inadecuadas de autocuidado, especialmente en los mayores de 50 años. Se identificaron deficiencias en la educación sanitaria, escasa actividad física, alimentación poco saludable y baja adherencia al tratamiento médico. Estos resultados resaltan la necesidad de implementar una intervención integral con enfoque educativo y participación familiar. **Conclusión:** los pacientes presentaron deficiencias tanto en el conocimiento como en las prácticas de autocuidado. Si bien los resultados no confirman plenamente la hipótesis planteada, tampoco la refutan por completo, lo que sugiere que esta es parcialmente refutable. Se propone como estrategia futura la implementación de programas educativos basados en el modelo EDAM y en el enfoque pedagógico de Paulo Freire, con el fin de promover hábitos saludables, prevenir complicaciones y reducir el impacto en la salud individual y en el sistema sanitario.

Palabras claves: conocimiento, institución, prevención, diabetes mellitus dos, autocuidado.

2 Introducción

La diabetes mellitus tipo dos (DM2) representa una de las mayores problemáticas de salud pública y los análisis estadísticos de los últimos años han plasmado un importante crecimiento en cuanto a la prevalencia de DM2 a nivel mundial durante las últimas décadas (1).

En la actualidad se vive una nueva pandemia o mejor dicho se vuelve a poner el énfasis en una de las enfermedades que gana cada vez más terreno en el mundo y presenta tasas de morbimortalidad elevada desde antes del Covid 19. La DM2, tradicionalmente estaba asociada a las enfermedades del adulto mayor, pero aumenta cada vez más en jóvenes e incluso se ve en aumento en los niños producto de la obesidad y el sobrepeso. Esto queda demostrado por la encuesta nacional de factores de riesgo en argentina 2019 la cual demostró que ***“el 60% de los adultos mayores de 18 años presentan obesidad o sobrepeso”*** (2).

La DM2 no solamente representa un problema de salud en las fuerzas de seguridad de la Argentina, sino que la problemática se presenta a nivel mundial en la población general y tiene un impacto significativo en la sociedad y la economía de las naciones ya que se traduce en el aumento de gastos médicos, muerte prematura, disminución de la productividad laboral y deterioro de la calidad de vida. Según la asociación estadounidense de diabetes ***“los gastos generales asociados con la diabetes aumentaron de 245 mil millones de dólares en 2012 a 327 mil millones de dólares en 2017, lo que representa un aumento del 26% en un período de cinco años”***. Esto sucede porque las políticas públicas que están orientadas en mayor medida a programas que cubran gastos médicos como laboratorios, hipoglucemiantes orales, insulina, hospitalizaciones y tratamiento de heridas y cuadros agudos de complicaciones por comorbilidades en lugar de reafirmar políticas orientadas a la etapa prepatogénica en la historia natural de la enfermedad o bien políticas orientadas a la prevención secundaria, esta última de especial relevancia para la investigación que se presenta. Un estudio actual en 2021 demostró que la diabetes generó gastos en salud de aproximadamente 966 mil millones de dólares en todo

el mundo, lo que da evidencia que el aumento asciende a 316% en términos económicos en los 15 años (3)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboro perfiles de países sobre la diabetes que grafican el creciente exponencial específicamente en los países de las Américas relacionados a la enfermedad y sus patologías asociadas como la enfermedad renal diabética, de esta manera se evidencia el aumento que se produjo en los últimos 20 años en la adquisición de discapacidades secundaria a la diabetes y cómo impacta en la productividad de los países (4).

Según datos del Atlas de la diabetes de la asociación internacional de diabetes en su novena edición estipulo que en la actualidad hay alrededor de 463 millones de personas de entre 20 y 79 años con diabetes lo que representa el 9.3% de la población a nivel mundial en este rango etario y prevé que este número podría llegar a crecer hasta un total de 3.578 millones para el año 2045 representando 10.2 % de la población enferma teniendo en cuenta los factores que podrían modificar positiva o negativamente según cambios demográficos, la eficacia en la detección de casos, factores ambientales y socioculturales, estilos de vida, modificaciones genéticas y políticas de salud (5). En la Argentina en el año 2018 la prevalencia de DM2 por autoreporte o de elevada glucemia capilar en mayores de 18 años fue de 12.7% (6).

Recientemente la sociedad Argentina de Diabetes (SAD) advirtió el aumento de la patología que afecta a más de 4 millones de habitantes en nuestro país, y peor aún porque al ser una patología subdiagnosticada las cifras podrían duplicar ese valor.

Según la Organización panamericana de la salud, la diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica, que está asociada a una deficiencia absoluta o relativa en la secreción de la insulina, así mismo se caracteriza por altos índices de glucosa en la sangre

Inicialmente la hiperglicemia en la DM2 es originada por la imposibilidad de las células del cuerpo de dar respuesta a la insulina, conocido actualmente como “resistencia a la insulina”. En esa situación de ineficacia por parte de la insulina resulta necesario que el cuerpo aumente la cantidad de la misma tratando de dar respuesta a la hiperglucemia, en primera instancia podría llegar a compensar, pero con el tiempo desencadena una producción inadecuada por parte del páncreas ya que en su interior las células “beta” pancreáticas no cumplen con la demanda. La DM2 él es predominante entre las variables de la patología con un 98,3 de los casos y los principales factores externos asociados son la mala alimentación, el sedentarismo, la obesidad y alcoholismo. Cuando en esta fase inicial no se detecta o trata oportunamente la enfermedad por un tiempo largo, se pueden ver complicaciones como retinopatías o úlceras en las extremidades con retardos de cicatrización e infecciones (3). Podemos decir entonces que las recurrencias de diabéticos al servicio de urgencias del departamento de sanidad podrían ser por complicaciones derivadas de un autocuidado inapropiado, en tales casos las complicaciones pueden ser agudas incluyendo las alteraciones por hipoglucemia, hiperglucemia y la cetoacidosis diabética como también pueden ser crónicas en el caso de las consultas por lesiones microvasculares (aterosclerosis de grandes vasos) y microvasculares como retinopatías, nefropatías o neuropatías y afecciones de la integridad cutánea en los miembros inferiores por acción de ambas formas de lesiones.

Con respecto a la prevención y tratamiento de la DB2 en el 2017 la FID adopto la guía de práctica clínica para el control de la diabetes donde se considera la promoción de estilos de vida saludable con dietas acordes e instalación de una cultura alimenticia que modifique los hábitos conjuntamente con un plan de actividad física como la piedra angular para dar batalla ante el constante incremento de esta enfermedad, si las modificaciones de los estilos de vida para controlar la glucosa en sangre fallan se opta por comenzar con la administración de fármacos orales hipoglucemiantes como la metformina en primera instancia luego sus combinaciones

con otros fármacos como ser sulfonilureas, inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (dpp-4). Análogos de péptido similar al glucagón-1 (glp-1). Cuando esto no da resultado o es ineficaz se inician los esquemas de inyecciones de insulina (2)

Sí nos corremos un poco más de 10 años hacia atrás en el 2012, la diabetes fue la causal de 1,5 millones de personas fallecidas a nivel global y en ese mismo año 2,2 millones de personas murieron por causas derivadas de los altos niveles de glucosa en sangre como las cardiopatías, las nefropatías y las enfermedades vasculares cerebrales, teniendo en cuenta la aplicación efectiva y la provisión de estilos de vida y entornos saludables, detección temprana hábitos y alimentación saludables, seguimiento y apoyo educativo al diabéticos la gran mayoría de las muertes y complicaciones de esta patología podrían haberse evitado y no alcanzar las cifras actuales (7). Por tanto la morbimortalidad relacionada con la diabetes puede manipularse al centrarnos en la atención primaria a través del control periódico, evaluación del estado de conocimientos de los pacientes acerca de su enfermedad, seguimiento y contacto con la comunidad para educar y concientizar sobre la importancia de instaurar medidas que limiten la progresión de la enfermedad y lograr la adherencia a la actividad física los planes nutricionales, esta última crucial para que los avances científicos y terapéuticos generen resultados favorables (8).

La OMS considera que la educación en salud sobre diabetes es parte indispensable en el tratamiento y la única herramienta eficaz para controlar la creciente enfermedad y prevenir las complicaciones futuras, de esta manera se empodera al paciente aumentando la eficacia en la práctica educativa. ***“La educación participativa involucra al paciente como formador de su propio aprendizaje al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica, con lo que se logra un efecto positivo en la toma de decisiones sobre hábitos y estilos de vida saludable, como consecuencia, el control de enfermedad”*** (9). Instaurar en los pacientes una cultura de autocuidados es la clave para ganar la guerra en esta pandemia. Según la OMS ***“el autocuidado***

se relaciona con todo lo que las personas hacen por sí mismas para conservar sus condiciones de salud, la promoción de la vida y el bienestar de los seres humanos” si nos enfocamos en esto estaríamos frente a una herramienta de control de bajos recursos, accesibles y muy eficaz.

Existen ciertas condiciones que pueden afectar el proceso en la instauración de las buenas costumbres de autocuidado, para ello el paciente debe estar preparado y capacitado tanto en forma física mental y psicológicamente, es decir contemplando al paciente como un ser biopsicosocial (10). Tal como describe Engel (1977) quien afirma que *“todos los fenómenos importantes relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social”* (11)

Desde la mirada de enfermería el autocuidado es una herramienta estratégica que da respuesta a las prioridades y metas que se plantean en la disciplina, sumamente consideradas en la promoción de la salud y prevención de enfermedades que se apoya directamente en las teorías de enfermería como lo es el modelo de la Teoría general de autocuidado impuesta por Dorothea Orem (12)

Debido al impacto que tiene en sus vidas es por lo que cada vez más en las investigaciones científicas con pacientes con DM2 se evalúa la calidad de vida y el manejo del autocuidado. Existen numerosos estudios publicados que reflejan que el desconocimiento de la DM2 está relacionado con la prevalencia de complicaciones tempranas. Uno de los antecedentes más recientes es el del caso de la investigación del doctor Vargas Rojas donde se evidencia que un bajo nivel de conocimientos está relacionado con un inadecuado control de la misma (10). Existen también otros factores como el nivel socioeconómico, edad, sexo, el tiempo que transcurrió desde que inicio con la enfermedad y los antecedentes en la familia. Todo esto motivo a indagar cuales son las herramientas relacionadas con el conocimiento que poseen los pacientes con DM2 en el área que compete a la salud dentro de la institución.

El departamento de enfermería de la institución lleva a cabo una serie de capacitaciones en las que prioriza la familiarización de los efectivos con técnicas y procedimientos que en el ejercicio de sus funciones son de vital importancia como ser técnicas de primeros auxilios, pero se ha observado que tienen muy poca información en cuanto a enfermedades crónicas que ellos mismos la padecen el cual deteriora su calidad de vida. En relación a lo antes mencionado cabe desatacar que los miembros funcionarios de las fuerzas públicas deben mantener ciertas condiciones físicas para desempeñar sus roles en la institución, por lo tanto es deber de nuestra profesión como enfermeros promocionar y evaluar constantemente la aplicación de conocimientos relacionados a autocuidados y educar tratando de concientizar y hacerlos responsables de como gestionan y perciben su agencia salud a fin de disminuir las recurrencias al centro sanitario de la institución por complicaciones relacionadas a la diabetes. La Diabetes Mellitus tipo dos genera cambios en la vida de los funcionarios policiales deteriorando sus capacidades físicas lo cual impacta directamente en lo laboral aumentando gastos en la salud pública y la relación costo efectiva de RR.HH. La aplicación de conocimientos en el autocuidado en los funcionarios que padecen de la enfermedad es el principal elemento rápido, de bajos recursos y más efectivo en la prevención de complicaciones asociadas. El presente trabajo está orientado a recabar información para generar futuras investigaciones aún más específicas a cerca de enfermedades crónicas en las fuerzas de seguridad nacional ya que se han encontrado escasos registros de estudios relacionados a prevención primaria y secundaria dentro de estas instituciones. De esta manera se podrá planificar campañas de concientización y abordar capacitaciones específicas ya que nos permite detectar aspectos o áreas en la que se encuentren vulnerabilidades logrando cambios perdurables que impacten verdaderamente en su organismo, previniendo o retardando la aparición de complicaciones tales como enfermedades renales, cardiovasculares ya que son de mayor prevalencia entre la población adulta joven y adulta mayor, elevando la calidad de vida de este último grupo

El diseño metodológico de este trabajo es de tipo descriptivo, de corte transversal y de enfoque cuantitativo.

3 Problema científico

A través de la experiencia del investigador como enfermero en el sector de guardia medica del departamento sanitario de la institución ubicado en la ciudad autónoma de buenos aires donde se brinda atención general tanto al personal de la fuerza de seguridad como a personal civil, retirado y sus familiares en un servicio de 24 horas, se llegó a observar dificultades en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo dos en relación a ciertas prácticas de autocuidado como ser técnicas, horarios, procedimientos, higiene en el control capilar glucémico, desconocimientos en los tipos de insulina subcutánea y su efecto, la importancia en el cuidado de la piel, la alimentación, sobrepeso y la falta de actividad física.

Los registros de enfermería no aportan evidencia sobre la educación a los pacientes que consultan por temas relacionados a la diabetes y sus complicaciones. También se observó la falta de capacitación al personal policial de los distintos servicios, dependencias, comisarias, servicios de buque, oficinas administrativas, bomberos y agrupaciones de reservas. No se observaron guías o protocolos para realizar dichas capacitaciones como también la falta de material educativo de entrega a los pacientes.

Dado a lo anterior se considera oportuno y necesario indagar sobre los conocimientos que poseen los pacientes diabéticos y las prácticas de autocuidados que llevan a cabo en la vida diaria para poder planificar en una etapa posterior la educación estratégica y oportuna basada en las necesidades detectadas a través de esta investigación dirigidas al personal activo dentro de la institución.

El presente trabajo colabora para mejorar la calidad de vida del personal de la fuerza, mejorar su rendimiento, disminuir la morbilidad, evitar el debilitamiento de la guardia medica por causas relacionadas a la diabetes y reducir los gastos de su atención en forma ambulatoria e intrahospitalaria.

En consecuencia, los aspectos mencionados llevaron al planteamiento del problema que impulso la investigación y el cual se conformó de la siguiente manera:

¿Cuál es el conocimiento y las condiciones de autocuidado que presentan los pacientes con diabetes mellitus II pertenecientes a la fuerza de seguridad marítima y lacustre atendidos en la guardia medica del departamento sanitario en Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el periodo de abril a julio de 2025?

4 Objetivos

4.1 Objetivo general

Analizar cuál es el conocimiento y las condiciones de autocuidado que presentan los pacientes con diabetes mellitus II pertenecientes a la fuerza de seguridad marítima y lacustre atendidos en la guardia medica del departamento sanitario en Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el periodo de abril a julio de 2025

4.2 Objetivos específicos

- Cuantificar el conocimiento que tienen los pacientes sobre la diabetes tipo II.
- Cuantificar la condición de autocuidado que tienen los pacientes con diabetes tipo II.
- Identificar si los pacientes reciben capacitación.

5 Hipótesis

El personal de la fuerza de seguridad marítima y lacustre que padece de diabetes mellitus II atendidos en la guardia medica del departamento sanitario en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el periodo de abril a julio de 2025 no posee el conocimiento y las condiciones de autocuidado eficientes para el manejo de la enfermedad.

6 Marco teórico

Si se toma como referencia la cantidad de habitantes según el último censo del INDEC 2022 lo cual arrojo como resultado un total de 45.892.285 (13) habitantes en Argentina y lo asociamos con el 12,7 % de prevalencia de la DM2 según la última encuesta nacional de factores de riesgo en Argentina (14), estamos hablando de 5.507.074 de personas con diabetes en la actualidad sin contar aumentos en la prevalencia teniendo en cuenta que estudios de la FID pronostican un alarmante crecimiento para el 2030 (3). En este contexto se hace imprescindible las actuaciones del equipo de salud en el primer nivel de atención para evaluar y reforzar los conocimientos en los pacientes a fin de elevar el autocuidado para mejorar las condiciones de vida, el rendimiento laboral y por consiguiente disminuir las cargas sanitarias que constituyen un problema prioritario en la salud pública (15).

6.1 Antecedentes

6.1.1 Antecedente N.º 1:

“Conocimientos que poseen los pacientes con diabetes mellitus sobre su enfermedad y autocuidado en la consulta de diabetología del hospital general Dr. Vinicio Calventi en el periodo mayo-junio 2022.”

Pérez M y De La Roza M en el año 2022, en la provincia de Santo Domingo- Ecuador en su trabajo de investigación realizado se han puesto como **objetivo** especificar los conocimientos que poseen los pacientes con DM2 en relación a su enfermedad y autocuidado. Su **metodología** de estudio descriptivo, observacional, probabilístico de corte transversal, su muestra es de 223 pacientes y como **resultado** encontraron que el 44.7% de los pacientes poseían un conocimiento regular de su enfermedad de los cuales 18,7 % de estos tenían 60 años o más, el 27,6% representaban las mujeres, 30,1% personas de zonas rurales y 14%,6 eran pacientes de zonas urbanas. En cuanto a su nivel de formación del total de los que declararon un conocimiento

regular el 16.3% poseía estudios medios, el 19,5% tenían una relación de hecho y el 21.1% recibieron el diagnóstico de diabetes con una antigüedad de 6 a 10 años. De los pacientes con conocimientos regulares 42,3% padecía hipertensión. El estudio arrojó como **conclusión** que beber café era el hábito más perjudicial como respuesta a las cifras se reforzaron las medidas en cuanto a la educación de los pacientes y el seguimiento también se impartieron recomendaciones a otros sectores como nutrición a fin de alertar sobre la situación de los pacientes (16)

6.1.2 Antecedente N.º 2:

“Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos de un centro de salud de lima sur-2021”

Huapaya JV y Morales JB en el año 2022 realizaron este trabajo en lima en un centro de salud de Lima sur con el **objetivo** de establecer la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en los pacientes de edades entre 57 y 70 años que presentaban DM2. Su **metodología** presentaba un enfoque cuantitativo, correlacional, de corte transversal y no experimental. Para los **resultados** se tuvo en cuenta el sexo ya que el 80% de los pacientes eran mujeres y el 20% hombres arrojando así que el 68% poseían un buen manejo del conocimiento mientras que el 32% un nivel medio. 81,08% practicaban buenas costumbres y un óptimo conocimiento en el autocuidado, el 69.23% practicaban autocuidados de forma inadecuada y un nivel medio de conocimiento, 26% practicaban un autocuidado ineficaz y el 74% buenas costumbres de autocuidado. Como **conclusión** llegó a que, si había correlación entre las variables de prácticas de autocuidado y conocimiento, evidenciando que los pacientes poseían buenos niveles de conocimiento y hábitos de cuidado eficientes (17).

6.1.3 Antecedente N°3:

“Nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hospital San José, Chincha 2024”

Condor Mendoza D y Jacobo Sandiga M en el año 2024 realizaron una investigación reciente en Chincha, Perú donde se propusieron como **objetivo** analizar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidados en los pacientes con DM2 del hospital San José de Chincha, Perú. Para su **metodología** utilizaron un enfoque cuantitativo, correlacional, de corte transversal no experimental donde la muestra de estudio fue de 90 pacientes con una metodología de recolección de datos mediante un cuestionario como instrumento para medir cada variable de estudio. Obtuvieron como **resultado** una predominación en el sexo femenino con un 64.8% con rango de edad de entre 28 a 59 años en un 75.8%. En cuanto a la variable conocimiento se obtuvo que el 36.3% poseían un nivel bajo de conocimientos, el 20.9% en un nivel regular y el 42.9% un buen conocimiento. La variable autocuidado arrojó que el 54.9% poseían buenas prácticas habituales, el 44% una práctica regular o media y únicamente el 1.1% realizaban malas prácticas. Utilizando una prueba de correlación denominada Spearman, obtuvieron que entre la primer y segunda variable había una significancia superior ($p=0.983$) al valor teórico de alfa. Como **conclusión** no existe una relación estadística entre el conocimiento y la práctica de autocuidado en los pacientes con DM2. (18)

6.1.4 Antecedente N°4:

“Prácticas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus centro de salud José Olaya, 2022”

Pantaleo Bances J y Vásquez Rodas J en el año 2022 realizaron esta investigación con el **objetivo** de determinar las prácticas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de DM en el centro de salud José Olaya de Chiclayo. Para ello utilizaron una **metodología** de carácter cuantitativo, transversal donde participaron 216 pacientes con criterios de inclusión y exclusión,

como **resultado** obtuvieron que el 49,5% de las pacientes tenían un nivel regular en cuanto a las prácticas de autocuidado mientras que el 31% tenían un nivel deficiente, solo el 19,5 % alcanzaron un nivel óptimo. Como **conclusión** determinaron la importancia de que enfermería desarrolle estrategias para mejorar las prácticas de buenas conductas de autocuidado en el adulto para evitar complicaciones poniendo énfasis en el control glucémico ya que fue la dimensión menos valorada. (19)

6.1.5 Antecedente N°5:

“Conocimiento de la enfermedad y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, umf 62”

El Dr. Vargas Rojas L en el 2024 en Cuautitlán, estado de México, se propuso como **objetivo** determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de la enfermedad y autocuidados en pacientes con DM2 de la umf 62. Su **metodología** fue un estudio observacional, analítico de corte transversal y prolectivo con una muestra de 323 pacientes con una edad de 18 a 59 años y utilizo como material de recolección de datos un cuestionario denominado DKJ-24 el cual determina los conocimientos de diabetes de los pacientes con índice de confiabilidad de 0.78, y la escala de valoración de Autocuidados con índice de confiabilidad de 0.72 a 0.82. Como **resultado** encontró que el 64.1% correspondió a un conocimiento no aceptable y un 35.9% aceptable, en cuanto al nivel de autocuidado el 94.7% fue nivel medio, el 3.7% alto y el 1.5% alto. Como **conclusión** observo que existe relación entre el grado de conocimiento de la enfermedad y el nivel de autocuidados lo que significa que una deficiencia de conocimientos está asociada con el control inadecuado de la enfermedad. (20)

6.1.6 Antecedente N°6

“Autocuidado del paciente diabético”2022

Antonia Penayo en su trabajo de investigación en el año 2022 se propuso como **objetivo** determinar cuáles son las medidas que cumplen los diabéticos para el autocuidado del mismo

en donde utilizo como **metodología** un nivel descriptivo con un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y corte transversal, se apoya en una amplia revisión bibliográfica. La población estuvo compuesta por 100 pacientes diabéticos registrados en el programa de Diabetes del Hospital Distrital Hernandarias. Allí utilizo una encuesta aplicada a todos los pacientes diabéticos del programa, los datos obtenidos se presentaron en tablas, obteniendo como **resultados** que los pacientes diabéticos realizan los cuidados de los pies, no consumen en su mayoría frutas y granos integrales de forma habitual, no realizan actividades físicas de ningún tipo en la mayoría de ellos, la adherencia al tratamiento se complica por los factores socioeconómicos principalmente y una minoría por la negativa del paciente en su autocuidado. Como **conclusión** obtuvo que los pacientes no incluían frutas en su alimentación y los que así lo hacían eligen la banana y una menor proporción frutos cítricos, del mismo modo los granos integrales no son utilizados en la dieta consumiendo normalmente arroz, avena y cereales, la mayoría de los pacientes diabéticos del programa no realizan actividades físicas de ningún tipo.

(21)

6.2 Teoristas

6.2.1 Teoría del déficit del autocuidado de Dorotea Orem

Orem introdujo el concepto de autocuidado en 1969 en sus escritos el autocuidado se puede definir de la siguiente manera: *“la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”* (22). El autocuidado no es “innato” es una conducta aprendida por cada uno de los individuos orientada hacia un objetivo que existe en situaciones concretas de la vida de manera autodirigida por las personas para sí mismas, los demás o el entorno cuando existe la necesidad de controlar los factores que alteran el normal desarrollo y funcionamiento de su salud.

Esta teoría hace énfasis en lo que se propuso indagar en esta investigación cuando enfatiza que la implementación y ejecución de autocuidados requiere de la acción deliberada, intencionada y calculada que está determinada por el conocimiento y el repertorio de actividades y habilidades de un individuo, además afirma que los ellos saben identificar cuando necesitan ayuda y por ende son conscientes que deben tomar ciertas acciones aun así pueden escoger la conducta a tomar sobre su autocuidado

La teoría de Orem articula 3 conceptos relacionados:

- ✓ El ***agente de autocuidado***: se refiere a que la persona se responsabiliza por satisfacer y conocer sus necesidades de autocuidado
- ✓ El ***agente de autocuidado al dependiente***: se refiere a la persona que acepta brindar cuidados a otra persona que sea importante para él.
- ✓ El ***agente de autocuidado terapéutico***: la persona que brinda cuidado es el profesional de enfermería.

Los individuos poseen la capacidad para participar en su propio cuidado, es decir lo que Orem llama ***la agencia de autocuidados***, así cuanto más desarrollan esta agencia más capacidad de satisfacer sus propias necesidades de cuidados. En los niños su agencia de salud aún está en desarrollo en otras personas puede haber otros factores que impidan el normal desarrollo de su agencia como ser en la demencia o trastornos de la conducta en otros el pánico y el temor les impide buscar ayuda, aunque la persona sepa que lo necesita.

Orem establece la ***teoría del déficit del autocuidado*** como un modelo general y constituye el núcleo central en la teoría en la cual afirma una desproporción entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción humana relacionada al autocuidado de manera tal que no se cubren los requerimientos de las necesidades biopsicosociales terapéuticas existentes o previstas. La intervención de enfermería tiene lugar solo cuando las demandas de autocuidado

excedan las habilidades del individuo para cubrirlas. Ante esta situación se hace legítima la necesidad de cuidados de enfermería. De esta manera surge otra de las teorías relacionadas, la de *los sistemas de enfermería* que pueden ser totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o *apoyo educativo* esta última a modo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y es uno de los objetivos implícitos de la investigación para esta oportunidad y en las cuales se basaran próximas investigaciones.

Adoptar los *factores condicionantes básicos* que propone Orem tanto internos como externos que afectan las capacidades para ocuparse en tipo y calidad de su autocuidado, enriquecen la investigación. Orem propone 10 variables concentradas en este concepto, ellas son; la edad, sexo, estado desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidado de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos (23)

6.2.2 Teoría de promoción de la salud de Nola Pender

Este modelo guarda relación con la investigación ya que expone de qué manera las características, vivencias y conocimientos que poseen los individuos, condicionan su participación o no en los comportamientos que determinan su salud (autocuidados) y expresa que estas conductas están motivadas por el deseo de obtener bienestar y desarrollar su potencial de salud. Es así como Nola llega a la creación de un modelo enfermero para entender el comportamiento humano y dar respuesta a la forma de como los individuos toman las decisiones con respecto al cuidado de su salud

Nola en su teoría identifica en los individuos aquellos factores cognitivos perceptuales que se modifican por las características situacionales personales e interpersonales, lo que resulta en la participación de conductas que benefician su estado de salud basados en la educación sobre estilos de vida y cuidados para llevar una vida saludable. Estas conductas son influenciadas por individuos que tienen importancia en su vida para ellos y les promueven a realizarlo, por eso el

personal de enfermería adquiere un cierto grado de poder que es una herramienta importante en la educación del paciente, ya que influyen de tal manera que pueden aumentar o disminuir el compromiso y la responsabilidad del paciente en las conductas promotoras de salud, siempre y cuando sea percibido como una figura importante para el en su proceso de salud-enfermad.

“El modelo enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr”. (24)

6.3 Bases teóricas

6.3.1 La diabetes

Podemos encontrar numerosas definiciones de distintas instituciones, todas son correctas y tienen un común denominador, el de un desorden endocrino-metabólico que puede tener diferentes etiologías, aunque todas ellas se manifiestan con presencia de hiperglucemia crónica en menor o mayor medida con alteraciones en los efectos o sensibilidad y secreción de insulina

Según la OMS: *“La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce”* (25).

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID): *“La diabetes mellitus (o simplemente, diabetes) es una afección grave y de largo plazo (o “crónica”) que ocurre cuando los niveles de glucosa en la sangre de una persona son altos porque su cuerpo no puede producir insulina o la cantidad suficiente de esta hormona, o cuando no puede utilizar de manera eficaz la insulina que produce* (3).

Diagnóstico

El crecimiento exponencial de la información disponible sobre la historia natural de la DM, de su etiología y del conocimiento de la fisiopatología de sus complicaciones crónicas ha obligado a que, en los últimos años, se revisaran los criterios diagnósticos de esta entidad y se reclasificaran los diferentes procesos que en ella se incluyen. La revisión de los criterios diagnósticos y de la clasificación de la enfermedad se llevó a cabo en 1997 y 1998 en sendos documentos consensuados por los comités de expertos de la American Diabetes Association y de la Organización Mundial de la Salud. El hecho de que algunos participantes de ambos comités fueran comunes hace que las recomendaciones finales y las conclusiones de ambos grupos sean, aunque con pequeños matices, muy similares. La clarificación de los criterios

diagnósticos y la mejor clasificación de cada una de las personas afectadas por la DM deben permitirnos en el futuro elegir mejor entre las diferentes opciones de tratamiento y mejorar el pronóstico de la enfermedad.

Para establecer el diagnóstico de DM2 se requieren dos determinaciones con valores iguales o por encima del punto de corte diagnóstico ya sea de un mismo método, ejemplo: dos GPA (glucemia plasmática en ayunas) iguales o mayores a 126 mg/dl; o de 2 métodos diferentes, ejemplo: una GPA igual o mayor a 126 mg/dl + una PTOG75 (prueba de tolerancia oral a la glucosa) igual o mayor a 200 mg/dl. El único criterio que NO requiere una segunda determinación para establecer el diagnóstico es la glucemia plasmática al azar igual o mayor a 200 mg/dl en presencia de síntomas (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso) (26)

Educación para el manejo de la diabetes

De acuerdo con los lineamientos de la guía práctica clínica nacional sobre prevención diagnóstico y tratamiento de la DM2 se ha establecido un protocolo denominado “EDAM” (educación diabetológica para el autocuidado en la cual se busca la inculcar a los pacientes a ser participantes activos en el proceso del manejo de su enfermedad estableciendo un continuo proceso por el cual la persona adquiere continuamente conocimientos, habilidades y nuevo comportamiento para mejorar la auto administración de cuidados en el manejo de la su enfermedad en el marco de una guía estructurada. Trata de implementar un estilo motivacional que estimule en la persona una actitud positiva de manera que colabore en forma activa en la toma de decisiones sobre su proceso de enfermedad a fin de prevenir, detectar y tratar las complicaciones mejorando así su estado de salud y disminuyendo las tasas de morbilidad de estos pacientes.

Para ello se ha dispuesto que las personas deben recibir al menos de 10 a 12 horas de educación diabetológica para el automanejo preferentemente en el primer año de diagnóstico,

ya sea en grupo o individual y por parte de personal capacitado. Luego del primer año se sugiere en forma anual un refuerzo de 2 a 4 horas para reforzar los conocimientos y habilidades aprendidas y *“siempre que el profesional tratamiento considere necesario”*. Lo anterior constituye uno de los pilares en los que se fundamenta este trabajo, ya que la evaluación de los conocimientos nos permitirá posicionar a nivel intelectual al paciente para poder tomar medidas al respecto. (26)

El conocimiento y capacitación como fundamento para la concientización

Paulo freire afirma que la alfabetización va más allá de enseñar a leer y escribir, sino que también implica formar a las personas para reflexionar y comprender plenamente su situación personal y social. La base de esta educación es que las personas tomen conciencia de su realidad y tengan la capacidad para cambiarla. Enfatiza que la concientización no se limita a la impartición de conocimientos sino a la capacitación de las personas para que analicen e interpreten su entorno de manera crítica, lo que les permite enfrentar con éxitos sus desafíos y ser dueños de sus propios destinos.

Las actitudes, creencias, expectativas y la forma en que una persona percibe su problema de salud o enfermedad tienen un rol fundamental en su manera de afrontarlo. Por eso, educar en salud implica mucho más que brindar información: significa generar conciencia, fomentar la reflexión, ayudar al paciente a comprender su situación, y desarrollar en él una mirada crítica que le permita reconocer aquello que perjudica su salud y descubrir cómo actuar para mejorar.

Siguiendo el enfoque de Paulo Freire, es posible pasar de una comprensión pasiva de la realidad a una conciencia crítica y activa, mediante un proceso educativo basado en el diálogo, la participación y contenidos adaptados a cada persona y situación. Así, la alfabetización en salud se convierte en un proceso de transformación personal y social, más que en una simple transmisión de conocimientos.

En este contexto, como equipo de salud surge la necesidad de adaptarse a los cambios constantes, esto implica redefinir objetivos y las metodologías de enseñanza en salud, dando respuestas más ágiles y efectivas a las nuevas necesidades.

Como profesionales sanitarios debemos detectar las oportunidades para educar. Las situaciones de crisis deben verse como una oportunidad para generar cambios positivos y duraderos en los hábitos del personal. La concientización debe ser el motor que impulse una respuesta activa y continua frente a los problemas de salud, promoviendo una actitud crítica, reflexiva y comprometida con el entorno que afecta su salud.

En definitiva, la concientización es un proceso esencial para empoderar a los pacientes, promoviéndolos a actuar de manera autónoma, con conocimiento, conciencia y compromiso en la búsqueda de mejorar su bienestar. (27)

Abordaje de las áreas del conocimiento

Las áreas de conocimiento según la guía EDAM que se pretende abordar y por lo tanto serán evaluadas en esta investigación son:

- Mecanismo de producción de la DM2, estrategias de control clínico y glucémico, opciones de tratamiento (farmacológico y no farmacológico) así como valoración y abordaje de los factores de riesgo cardiovascular
- Pautas favorecedoras de la adopción de un estilo de vida saludable (actividad física, alimentación saludable, no fumar, ambientes libres de humo, reducción sostenida de peso en caso de sobrepeso/obesidad, reducción del consumo de alcohol y otros).
- Adherencia al tratamiento acordado
- Prevención, detección y tratamiento de complicaciones agudas y crónicas.
- Cuidados de los pies.

- Automonitoreo de la glucemia (AMG) para quienes lo requieran (por ejemplo, uso de insulina) con interpretación de resultados y toma de decisiones, manejo de hipoglucemia, hiperglucemia y situaciones especiales como viajes, infecciones, etc.
- Estrategias personalizadas para abordar preocupaciones de la persona con DM2 y temas que impacten en su contexto psicosocial.
- Técnica de aplicación de insulina y conservación de la misma a quienes la requieran.
- Plan de vacunación

El término *diabetes mellitus (DM)* describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. El origen de la Dm2 puede presentarse por diversas causas, pero inevitablemente conllevan a la insuficiencia o alteración de la insulina, de la sensibilidad a la acción de la hormona, o de ambas en un momento determinado de su historia natural. Se puede clasificar en:

Diabetes mellitus tipo 1 (DM1): Su característica distintiva es la destrucción autoinmune de la célula β , lo cual ocasiona deficiencia absoluta de insulina, y tendencia a la cetoacidosis.

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2): Es la forma más común y con frecuencia se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral. Muy raramente ocurre cetoacidosis de manera espontánea. El defecto va desde una resistencia predominante a la insulina, acompañada con una deficiencia relativa de la hormona, hasta un progresivo defecto en su secreción

Diabetes mellitus gestacional (DMG): Agrupa específicamente la intolerancia a la glucosa detectada por primera vez durante el embarazo. La hiperglucemia previa a las veinticuatro semanas del embarazo, se considera diabetes preexistente no diagnosticada

Otros tipos específicos de diabetes: Este grupo incluye una amplia variedad de condiciones poco frecuentes.

Control glucémico: La HbA1c es una variable clínica cuya elevación sostenida se relaciona principalmente con el desarrollo de las complicaciones microvasculares (neuropatía, retinopatía y nefropatía). Para individualizar la meta de HbA1c es necesario contemplar el balance entre beneficios y riesgos, según: años de evolución de la DM2, presencia de complicaciones y comorbilidades, riesgo de hipoglucemias y expectativa de vida, entre otras variables. Es importante involucrar a las personas en las decisiones sobre su meta individualizada, alentándolas a lograr el objetivo y mantenerlo.

Opciones de tratamiento

La dm2 puede tratarse únicamente con un estilo de vida saludable para lograr el control glucémico solo en aquellas personas con diagnóstico reciente y que estén de acuerdo solo cuando presenten valores de hba1c cercanos a su meta individualizada (hasta 1,5% por encima de la misma) y no presenten complicaciones micro ni macrovasculares. Ante esto pueden continuarlo como único tratamiento, sólo si se mantiene un adecuado control glucémico. En la práctica solo un pequeño porcentaje de personas logran sostenerlo en el tiempo.

En cuanto al uso de fármacos, la metformina continúa siendo la droga de inicio en la mayoría de las personas con DM2. Es un fármaco seguro que mejora la resistencia a la insulina, presenta muy bajo riesgo de hipoglucemias, no favorece el aumento de peso y es de muy bajo costo. La metformina mejora el control glucémico, probablemente reduce el desarrollo de complicaciones microvasculares, el infarto agudo de miocardio y ACV y la mortalidad. Los efectos adversos más frecuentes son los síntomas gastrointestinales como diarrea, náuseas, vómitos, flatulencia y dolor abdominal. Para disminuir su incidencia iniciar con dosis bajas de metformina 500 mg/día después de la cena e ir subiendo la dosis lentamente según tolerancia. Dosis habitual

850 a 1000 mg dos veces por día (generalmente almuerzo y cena). Dosis máxima diaria 2550 mg

Contraindicaciones: insuficiencia cardíaca aguda o descompensada, insuficiencia hepática, enfermedad renal crónica (IFGe menor de 30 ml/minuto/1,73m²).

Cuando la metformina se encuentre contraindicada o no sea tolerada se puede Iniciar con alguna de las siguientes opciones para lograr el control glucémico como ser las Sulfonilureas (gliclazida, glimepirida, glipizida), Inhibidores de DPP4 (iDPP4: vildagliptina, sitagliptina y linagliptina). • Meglitinidas (repaginada) y Tiazolidinedionas (pioglitazona).

El tratamiento con inyección de insulina exógena está indicado en pacientes con diagnóstico de DM2 presentan hiperglucemia sintomática (pérdida de peso, poliuria, polifagia, polidipsia) para evitar descompensaciones agudas como ser la cetoacidosis diabética y síndrome hiperosmolar hiperglucémico. La hiperglucemia sintomática se refiere a pacientes con valores de glucemia que superan el umbral renal de reabsorción de glucosa (habitualmente 180 mg/dl), presentan diuresis osmótica que se manifiesta por polidipsia (aumento de la sed), poliuria (aumento de la diuresis) y deshidratación. El déficit absoluto o relativo de insulina favorece un estado catabólico que se presenta clínicamente como polifagia (aumento del apetito) y/o pérdida de peso. A su vez, valores elevados de glucosa generan glucotoxicidad, afectando el funcionamiento de la célula beta pancreática

¿Qué es la insulina?

La insulina es una hormona secretada por el páncreas participa en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas. La insulina se ha podido sintetizar para su uso farmacológico y forma parte importante dentro de las opciones terapéuticas vigentes para el manejo de la diabetes mellitus. La insulina exógena disponible para uso clínico puede ser de dos tipos: insulina humana, y análogos de insulina. Ambos son actualmente producidos por técnicas de

ADN-recombinante utilizando microorganismos como la levadura *Sacharomyces cerevisiae*, o la bacteria *Escherichia coli*. Por otra parte, pueden tener diferentes preparaciones que les confieren distinta farmacocinética, resultando en variados tiempos de inicio de acción, tiempo a su máxima acción, forma de la curva del perfil de acción y duración total de la acción. (28).

Tipos de insulina

Insulinas basales: se consideran insulinas basales aquellas que cubren los requerimientos continuos de insulina entre las comidas. Idealmente, deberían tener una acción «plana», aunque entre ellas difieren en su inicio de acción, pico máximo y duración máxima (tabla 1), y también en la variabilidad en su absorción.

- ***Insulina detemir*** Es un análogo soluble de insulina que se obtiene de *Saccharomyces cerevisiae* por tecnología de ácido desoxirribonucleico (ADN) recombinante, sumando a la molécula de insulina el ácido mirístico, que forma un complejo que se une de forma reversible a la albúmina, con lo que su absorción se hace más lenta y se prolonga su duración de acción.

Insulinas prandiales: son las insulinas de acción corta que permiten controlar las excursiones glucémicas posprandiales y constituyen un complemento a las insulinas basales para replicar el patrón fisiológico de secreción de insulina en respuesta a la ingesta de hidratos de carbono

- ***Insulina rápida:*** se denomina también insulina regular o insulina cristalina. Es una insulina humana que no incluye sustancias que retarden su absorción. Tras su inyección subcutánea, su acción se inicia a los 30 minutos, su pico máximo se produce entre las 2 y 4 horas y su duración máxima es de 6 horas.
- ***Análogos ultrarrápidos:*** las insulinas lispro, aspart y glulisina presentan un perfil de acción y una eficacia clínica muy similar. Tras su inyección subcutánea, su acción se

inicia a los 5-15 minutos, su pico máximo se produce entre los 30 y 90 minutos y su duración máxima es de 3 a 4 horas; por tanto, es más rápida y corta que la insulina humana regular

- *Insulina glargina*: es un análogo de insulina que se obtiene por tecnología de ADN recombinante de *Escherichia coli* en el que se ha sustituido asparagina por glicina en la posición 21 de la cadena A de la insulina, y se han añadido dos moléculas de arginina en la posición 30 de la cadena B. El inicio de acción es más lento que el de la insulina NPH humana, y su perfil de acción, más suave y sin picos, y presenta una duración de acción prolongada de hasta 18-24 horas.
- La *neutral protamine Hagedorn* (NPH): es una insulina humana de acción intermedia que se obtiene añadiendo protamina a la insulina humana regular. Presenta un pico de acción máxima entre las 4 y 6 horas y su duración efectiva es de 12 horas. (29)

Insulinas mixtas bifásicas o premezcladas: El perfil de acción de estas insulinas es bifásico, obedeciendo a la farmacocinética de sus componentes individuales, con una primera fase prandial y una segunda fase basal. Esto permite en teoría, suministrar en una sola inyección ambos tipos de insulina (prandial y basal), acción que puede ser realizada una, dos o tres veces al día, según los requerimientos del paciente. (30)

Descompensaciones agudas

“La cetoacidosis diabética (CAD) y el estado hiperosmolar hiperglucémico (EHH) son eventos potencialmente mortales” (31)

La *cetoacidosis diabética* (CAD) se debe a una disminución en la insulina efectiva circulante, así como al aumento de hormonas contrarreguladoras, produciendo desordenes metabólicos como hiperglucemia > de 200 mg/dl, acidosis con pH < 7,3 y bicarbonato < 15 mmol/l, glucosuria, cetonemia y cetonuria. La CAD puede aparecer como manifestación de

comienzo o en diabéticos conocidos, en estos últimos sobre todo por incumplimiento del tratamiento, y son factores de riesgo el mal control metabólico los episodios previos de CAD, pacientes peri puberales y chicas adolescentes, enfermedad psiquiátrica añadida, ambiente familiar desfavorable, incumplimiento del tratamiento y las bombas de insulina. (32)

El *estado hiperosmolar hiperglucémico* es un síndrome en donde existe una deficiencia relativa de insulina caracterizado por una marcada hiperglucemia, hiperosmolaridad y deshidratación, sin cetosis significativa, con disminución en las funciones mentales, pudiendo llegar a presentarse estado de coma. Los mecanismos que llevan al estado hiperosmolar resultan de los efectos de la deficiencia de insulina y las elevaciones de las hormonas contrarreguladoras (glucagón, epinefrina, cortisol y hormona de crecimiento) en el hígado y en el tejido adiposo. El incremento de la producción de glucosa hepática además de la disminución de la captación tisular de glucosa, lleva a la hiperglicemia característica. (33)

La hipoglucemia: es la presencia de niveles de glucemia plasmática iguales o menores a 70 mg/dl y puede ser sintomática o asintomática mientras que una hipoglucemia severa es aquella que requiere asistencia de terceros.

Los síntomas de hipoglucemia pueden dividirse en:

- Síntomas/ autonómicos (iniciales): temblor, palpitaciones, ansiedad/excitación, sudoración, hambre y parestesias peribucles.
- Síntomas/signos neuroglucopénicos (tardíos): confusión, fatiga, convulsiones, déficit neurológico focal, pérdida de conciencia.

El autocuidado

Definición: Las prácticas de autocuidado; se refieren a las acciones voluntarias y conscientes que una persona realiza para mantener, promover o mejorar su salud y bienestar general. Estas prácticas abarcan una amplia gama de comportamientos que van desde hábitos diarios como

una dieta equilibrada, ejercicio regular, descanso adecuado y manejo del estrés, hasta la adopción de medidas preventivas como exámenes médicos regulares y vacunaciones (34).

Cuando hablamos de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 debemos considerar algunos factores que influyen en la autoadministración de cuidados como ser la edad y el nivel educativo, ya que estas características sociodemográficas guardan relación con el conocimiento de la patología y en qué consisten las complicaciones de la misma, aspectos que afectan no solo en la calidad del autocuidado, sino también en el pronóstico y evolución de la enfermedad.

Los temas más abordados en la guía de proceder estratégico del autocuidado son la medicación, el ejercicio, y la alimentación; le siguen los conocimientos generales de la enfermedad y la prevención de pie diabético. Se puede evidenciar como la educación en higiene se deja de lado y se limita la explicación e importancia del auto monitoreo para los pacientes que se administran insulina. (35)

Una estadística importante revelada en el Congreso Mundial de Diabetes de la Federación internacional de Diabetes, realizado en Lisboa edición 2022, demostró que el 80% de los pacientes con DM2 viven en países de ingresos bajos, un 50% no llegan a los objetivos de control glucémico recomendado, y que un escaso 5% realizan de manera eficiente el protocolo de guía Clínica para manejo de la enfermedad. (36)

Pilares de la diabetes y Áreas que condicionan la aplicación de técnicas de autocuidado

Actividad física

La actividad física es un componente clave en la prevención y tratamiento de la DM2. Estas son orientaciones generales que deberán adaptarse según aptitud física, grado de control metabólico, actividad a desarrollar, presencia de complicaciones o comorbilidades y esquema de tratamiento. Aquellas personas que utilizan insulina requieren especial atención para adecuar

la dosis y otros cuidados de acuerdo a la respuesta individual al ejercicio. Asimismo, es prioritario educar a la persona para prevenir hipoglucemias relacionadas con la práctica de actividad física, cuando reciben tratamientos con riesgo aumentado de desarrollarlas.

La guía Clínica para manejo de la enfermedad aconseja

- Actividad física aeróbica, como caminar, andar en bicicleta, correr, nadar, bailar, patinar, etc.,
- Al menos 150 minutos semanales de actividad física, en sesiones no menores a 10 minutos ni mayores a 75, con una frecuencia mínima de 3 veces por semana, con no más de 2 días consecutivos sin ejercicios, hasta 7 veces a la semana,
- Comenzar de a poco; la mayoría de los adultos con DM2 requiere iniciar con ejercicios de intensidad moderada. Luego, con el tiempo, las actividades pueden dar progreso en intensidad, frecuencia y duración,
- Complementar con ejercicios de resistencia muscular al menos 2 veces por semana y ejercicios de flexibilidad y equilibrio

Es oportuno generar hábitos de comportamiento que involucren en las acciones de la vida diaria beneficios para optimizar y aumentar la práctica de ejercicio físico como ser:

- usar escaleras en lugar de ascensores.
- elegir transporte activo (andar a pie o en bicicleta, patines, patineta) en vez de en transporte motorizado.
- realizar actividades de mantenimiento de la casa, limpieza, jardinería, entre otras.
- • reducir e interrumpir el comportamiento sedentario: pararse y moverse durante 3 minutos cada media hora cuando se realizan actividades sedentarias prolongadas; ej. subir y bajar 1 piso por escalera. (26)

Cuidados en el ejercicio para personas con DM2 que utilizan insulina.

- Valorar reducción de dosis de insulina según duración, intensidad del ejercicio y respuesta individual.
- Evitar el ejercicio durante la fase de máxima acción de la insulina.
- Realizar ejercicio de fuerza inmediatamente antes del ejercicio aeróbico también ayuda a reducir el riesgo de hipoglucemias.
- Comprobar el nivel de glucemia antes de iniciar el ejercicio.
- Con valores menores a 100 mg/dl sería imprescindible consumir entre 15 y 30 gr de hidratos de carbono antes de empezar. Con valores mayores a 250 mg/dl asegurar niveles adecuados de hidratación, evitar el ejercicio en presencia de malestar o signos de deshidratación (por ejemplo, aumento de la sed, náuseas, astenia intensa, visión borrosa o cefalea). Con valores iguales o mayores de 300 mg/dl postergar el ejercicio (37).
- Si el ejercicio es prolongado, evaluar la ingesta de HC durante la actividad.
- Los pacientes con tratamiento intensificado (que comprende la administración de insulina basal -NPH dos a tres veces al día, insulina detemir dos veces al día o insulina glargina/degludec, una vez al día-, más insulina adicional de acción rápida en relación a las ingestas -insulina regular o análogos rápidos-) requieren mayor atención y seguimiento conjunto con experto en diabetes.
- Cada persona necesita conocer su propia respuesta al ejercicio mediante el control de la glucosa capilar, ya que el riesgo de hipoglucemia durante el mismo varía de una a otra. (26)

Alimentación saludable en prevención y tratamiento de la DM2

Una alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía necesaria para que cada persona pueda llevar adelante las actividades diarias y mantenerse sana. Los nutrientes de los alimentos son los hidratos de carbono, las grasas, las proteínas, las vitaminas y los minerales. Es necesario identificar los alimentos que contienen hidratos de carbono ya que su consumo en exceso eleva los niveles de glucemia, estos se encuentran en mayor proporción en el grupo de legumbres, cereales, papa, batata, choclo, mandioca, pan y pasta (en forma de hidratos de carbono complejos – principalmente almidones), y en menor proporción en el grupo de frutas, verduras y en la leche (en forma de hidratos de carbono simples). Los hidratos de carbono simples se encuentran en gran cantidad en forma de distintos azúcares (azúcar de mesa o sacarosa, fructosa, glucosa, jarabe de maíz de alta fructosa) agregados en alimentos ultra procesados, como galletitas dulces, facturas, golosinas, helados, entre otros. El consumo de este tipo de alimentos eleva rápidamente la glucemia por lo cual es recomendable evitar su consumo. Además de azúcar, en muchos casos los alimentos ultra procesados contienen otros nutrientes críticos, como grasa y sodio. Aportan gran cantidad de kilocalorías en poco volumen con agregado de conservantes, aditivos y colorantes. Son altamente palatables, lo que incentiva su sobreconsumo, siendo nocivo para la salud.

A lo largo del día se aconseja consumir:

- Al menos 5 porciones de verduras o frutas, 1 porción equivale a $\frac{1}{2}$ plato playo de verduras o 1 fruta mediana o 1 taza de frutas pequeñas. No se incluyen en estos grupos papa, batata, choclo y mandioca.
- Al menos 4 porciones de legumbres, cereales, papa, batata, choclo, mandioca, pan o pastas, 1 porción equivale a: 60 g de pan (2 rebanadas) o 125 g ($\frac{1}{2}$ taza) en cocido de legumbres, cereales o pastas, 1 papa mediana, $\frac{1}{2}$ mandioca chica o $\frac{1}{2}$ choclo.

- Al menos 3 porciones de leche, yogur o queso, preferentemente descremados, 1 porción equivale a: 1 taza de leche líquida o 1 vaso de yogur o 1 rodaja de queso tipo cremoso del tamaño de 1/2 mazo de cartas.
- 1 porción de carnes, la porción equivale al tamaño de la palma de la mano con un grosor de 1 cm de cualquier tipo de carne magra (vaca, cerdo, pollo, pescado, otras, aproximadamente 130 gramos). En el caso del huevo, se recomienda consumir hasta una unidad diaria.
- 2 porciones de aceites, frutas secas o semillas, 1 porción equivale a: 1 cucharada sopera de aceite (en crudo) o 1 puñado (puño cerrado) de frutas secas o media palta pequeña o 1 cucharada sopera de semillas (triturar al momento de consumirlas, para aprovechar mejor sus nutrientes).
- 8 vasos de agua segura distribuidos en diferentes momentos, acompañando las comidas y en especial antes, durante y/o después de realizar actividad física.

El método del plato es útil para moderar el tamaño de las porciones y facilitar la selección de alimentos de los distintos grupos respetando las proporciones recomendadas en el almuerzo y la cena. Un plato equilibrado contribuye a mejorar el control glucémico y mantener un peso saludable

- Mitad del plato: vegetales (todo menos papa, batata, mandioca, choclo).
- Un cuarto del plato: proteínas (carnes, quesos magros o huevo).
- Un cuarto del plato: hidratos de carbono complejos (legumbres, cereales, papa, batata, choclo, mandioca o pastas).
- Una porción de fruta como postre.
- Se puede condimentar con aceite crudo en pequeñas cantidades.

Estrategias que contribuyen a mantener valores adecuados de glucemia

- El índice glucémico (IG): es la capacidad que tiene un alimento para elevar los niveles de glucemia postprandial. Cuanto mayor es el IG de un alimento, mayor elevación de la glucemia provocará al consumirlo. Para disminuir la respuesta glucémica elegir alimentos con bajo IG: verduras, frutas, legumbres y cereales integrales.
- El método de cocción: al consumir cereales enteros (trigo, cebada perlada, avena tradicional, arroz integral o parabolizado), pastas, papa, batata, choclo y mandioca recalentados o pastas cocidas al dente, el almidón es más resistente a la digestión y de esa manera se absorbe más lentamente en el organismo
- El método de procesamiento también influye en la glucemia. Un alimento se absorbe más rápido, cuanto más procesado, triturado, o picado se encuentre, por lo que se aconseja evitar el puré y preferir la papa hervida y fría, evitar los jugos de frutas y consumir la fruta entera; al preparar un guiso, cortar los ingredientes en trozos grandes. El menor procesamiento enlentece la digestión y contribuye controlar la glucemia.
- La combinación de HC con proteínas y/o grasas es también una estrategia efectiva. Las proteínas y grasas enlentecen el vaciado del estómago y, por consiguiente, la absorción del azúcar. Por ejemplo, en el desayuno, si se consume pan (hidratos de carbono), acompañarlo con una rodaja de queso descremado (proteínas y grasas).
- La acidez enlentece la digestión y aumenta la saciedad. Para ello, se puede agregar jugo de limón o vinagre a las comidas.
- La fibra soluble enlentece la absorción de los hidratos de carbono y del azúcar. Está presente en avena, salvado de avena, cereales integrales, legumbres, vegetales de hoja verde, frutas con cáscara y frutos secos.

- La fibra insoluble presente en los vegetales crudos, frutas con cáscara y salvado de trigo, favorece la saciedad y mejora el tránsito del intestino, como beneficio adicional. (26)

Uso de edulcorantes

No es absolutamente recomendable el uso de edulcorantes artificiales ya que algunos pueden ser cancerígenos lo ideal es desacostumbrar el paladar al gusto dulce, pero en caso de necesitar endulzar alimentos o bebidas, lo que mejor se adaptaría sería utilizar edulcorantes no nutritivos como sustitutos del azúcar: acesulfamo de potasio, aspartamo, ciclamato, glucósidos de esteviol y sucralosa, esta última puede usarse para cocinar.

Consumo de alcohol

En las personas con diabetes, al igual que en la población general, se recomienda limitar su consumo: no más de una medida estándar en mujeres y no más de dos en hombres. El alcohol puede inducir hipoglucemias y comprometer el rendimiento cognitivo durante una hipoglucemia leve, especialmente si se utiliza insulina o secreta góglas de insulina. Si se consume alcohol hacerlo siempre con una comida o colación que contenga hidratos de carbono.

¿Qué es el Automonitoreo Glucémico?

En personas con DM2 que reciben insulina, se recomienda la automonitoreo (AMG), para guiar el tratamiento e identificar y tratar precozmente las hipoglucemias, individualizando la frecuencia de control según la estrategia de insulinización, los objetivos de control metabólico y el riesgo de hipoglucemias.

- En quienes se aplican solamente una dosis de insulina NPH al acostarse (bedtime): 1 medición diaria en ayunas.

- Si los valores de glucemia en ayunas son adecuados, pero no se alcanza la meta de HbA1c, realizar 1 medición diaria en distintos horarios cada día (AMG escalonado): antes de desayuno, almuerzo o cena o después de las comidas (2 horas luego de iniciada la ingesta).
 - En quienes se aplican insulina NPH más de una vez al día: 2 a 3 mediciones diarias.
- (26)

La buena técnica del procedimiento es muy importante ya que los errores pueden alterar los resultados y provocar valores falsamente elevados en el caso de restos de comida en los dedos o valores falsamente bajos en los casos de gota aplicada tardíamente, insuficiente sangre en la tira y humedad, agua o saliva en el dedo. Las infecciones también están asociadas a una mala técnica en la asepsia del lugar de punción para ello se debe aplicar alcohol previo a un exhaustivo lavado de manos dejar secar y efectuar el control.

Complicaciones de la diabetes

- Se estima que alrededor del 25% de las personas con diabetes mellitus desarrollará una herida o úlcera de pie a lo largo de su vida y su consecuencia más lamentable, la amputación, es unas 20 veces más frecuente en las personas con diabetes mellitus que en la población general.
- La retinopatía diabética es la segunda causa de ceguera en nuestro medio (38).
- La nefropatía diabética es la primera causa de enfermedad renal crónica terminal y de ingreso a diálisis y trasplante en nuestro país.

Aspectos psicosociales de la diabetes

Existen situaciones de violencia, marginación, discriminación, pobreza, etc. que influyen directamente sobre los estilos de vida y la conducta de los alcanzados por la DM2, generando estrés psicológico o dificultades para acceder a una cobertura médica. Los grupos más

vulnerables son los más afectados, no solo por las condiciones que favorecen al desarrollo de la DM2, sino también (y principalmente) por las complicaciones crónicas que devienen de ella.

La mirada psicosocial de la enfermedad es una perspectiva poco considerada cuando se aborda la misma con fines de educación diabetológica o en la búsqueda de mejorar la adherencia al tratamiento; para atender el malestar emocional del sujeto de atención es necesario un aporte y abordaje integral, interdisciplinario, cuestión que es muy difícil por ser una patología de alto grado de complejidad.

Las personas diagnosticadas con DM2 sufren un importante impacto emocional para afrontar la patología, por lo que resulta significativo el contexto, las circunstancias y las características psicosociales del paciente (perspectiva social de los factores de riesgo). La prevalencia de depresión, ansiedad y angustia es dos o tres veces mayor en relación a la población en general.

La cronicidad de la enfermedad y el constante autocuidado que demanda el cuadro clínico implica la toma de muchas decisiones de los pacientes, lo que se convierte en un compromiso psicológico crónico, afectando a su vez al control óptimo, convirtiéndose en un círculo vicioso.

(39)

Factores de riesgo

Dentro de los Factores de riesgos existentes en el progreso de la DM2 podemos diferenciar dos grupos; Factores de riesgos modificables y no modificables.

En los “no modificables” podemos mencionar la edad (la DM2 está más presente en adultos mayores), antecedentes genéticos (el riesgo de padecer esta enfermedad está relacionado directamente con el hecho de que si los progenitores de la persona la padecieron), antecedentes de diabetes gestacional (aumenta el riesgo si se padeció), síndrome de ovario poliquístico (altera la regulación de la glucosa).

El grupo de los factores modificables encontramos; sobrepeso y obesidad (siendo el factor de riesgo con más incidencia atribuible con el 80% de los casos), la modificación favorable de esta condición disminuye las complicaciones y mejora el control glucémico; El sedentarismo que influye directamente con el factor de riesgo anterior aumentando la posibilidad de sobrepeso y con esto la posibilidad de desarrollar DM; Tabaquismo con relación directa entre cantidad de cigarrillos y riesgo de DM; dieta inadecuada (mucho consumo de carnes rojas, bebidas azucaradas y productos procesados); Patologías concomitantes (la prevención de otras enfermedades como la HT, el IAM o ACV disminuyen los riesgos de padecer DM); El uso de fármacos como los antipsicóticos o el uso simultaneo de Beta bloqueadores y diuréticos tiazídicos representa un riesgo para el desarrollo de la DM2; y por último las condiciones al nacer, ya que los recién nacidos con elevado o bajo peso, como así también los prematuros representan mayor riesgo de DM (la lactancia materna está asociada a la disminución de padecer DM). (40)

7 Materiales y métodos

7.1 Población de estudio

La población está conformada por aquellos pacientes diagnosticados previamente con diabetes mellitus II que integran la fuerza de seguridad en la situación denominada “revista activa”, lo que significa que ejercen actualmente funciones con estado policial, cuyos individuos fueron atendidos por diversas causas en la guardia medica del departamento sanitario institucional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el periodo comprendido entre el 1 de abril al 31 de julio del año 2025.

7.2 Muestra

La muestra está integrada por 100 personas previamente diagnosticadas con diabetes mellitus II que acudieron al servicio de guardia médica y cumplieron los criterios de inclusión.

7.3 Unidad de análisis

Cada Paciente diagnosticado previamente con diabetes tipo dos independientemente del sexo que desearan participar del estudio.

7.4 Tipo de muestreo

Se contempló una muestra en forma aleatoria simple.

7.5 Criterios de inclusión

Se incluyeron a pacientes con diagnóstico previo de diabetes mellitus II atendidos en la guardia médica en el periodo de estudio. Pacientes que acuden en los horarios laborales del investigador y todos aquellos que acceden a participar del estudio previo a firma de consentimiento.

7.6 Criterios de exclusión

Se excluyeron a todos aquellos pacientes que no conforman el cuerpo institucional en forma activa (retirados, familiares, personal civil y personal portuario. Pacientes con diabetes mellitus

I, diabetes gestacional, embarazadas y todos aquellos que se encontraban con licencia por estrés o parte psicológico.

7.7 Tipo de diseño

El diseño metodológico de este trabajo es de tipo descriptivo, de corte transversal y de enfoque cuantitativo.

7.8 Tipo de análisis

El modelo adecuado fue Probabilístico.

7.9 Instrumento

Como instrumento se implementó una encuesta para recabar información de 100 pacientes participantes voluntarios. Se optó por la utilización de esta técnica ya que es la más compatible con el modelo de investigación.

Se utilizó una encuesta cerrada autogestionada de 23 preguntas, anónima y confidencial autoadministrada a través de plataforma forms.

7.10 Operacionalización de variables

7.11 Operacionalización de variables			
Pregunta filtro: 0- ¿Pertenece en forma activa al cuerpo institucional?		a- No, soy familia, retirado, civil b- Situación de revista activa	
Variables	Dimensiones	Indicadores	Categoría
Demográficas	Edad	1- Edad	a- 18 a 34 años b- 35 a 49 años c- 50 a 65 años
	Grupo familiar	2- ¿Cuál es su grupo familiar?	a- Vive solo b- Pareja / hijos c- Compañero de trabajo
	Horario laboral	3- ¿Qué tipo de servicio realiza en su destino?	a- 24 x48 hs b- Tercio x 56 hs c- Diurno semanal
	Formación académica	4- Formación académica	a- Primario/ secundario b- Terciario / universitario c- Posgrado

Analizar el Conocimiento y condiciones de autocuidado que presentan los pacientes con diabetes mellitus II	Cuantificar el conocimiento que tienen los pacientes sobre la diabetes II.	5- Si hay antecedentes familiares de Diabetes Mellitus II, se considera:	a- Un factor de riesgo. b- Transmisión genética. c- Transmisible solo de la madre.
		6- No realizar el tratamiento adecuadamente podría ocasionar:	a- Deterioro irreversible de la salud. b- No interfiere en el curso de la enfermedad. c- Podría ocasionar consecuencias.
		7- ¿Considera que el automonitoreo glucémico es importante en el tratamiento de la diabetes?	a- Poco importante. b- Si, permite detección y prevención de los picos de azúcar. c- Es un pilar, Permite seguimiento, control y registro de los niveles para ajuste del tratamiento.
		8- ¿Con qué frecuencia consulta a un médico diabetólogo?	a- 1 vez por año b- Cada 2 años c- Más de 2 años.

		9- La diabetes mellitus II puede progresar por la incontrolada ingesta de:	a- Pan harina, refinados, gaseosas y golosinas. b- Algunas frutas y verduras c- pollo, carne roja, pescado, cerdo.
		10- Responda frente a la afirmación: “La insulina es una célula que se encuentra en el hígado”.	a- La afirmación es correcta. b- Incorrecto, es una hormona que se ingiere o se inyecta. c- Respuesta B es parcialmente correcta, la produce nuestro organismo en el páncreas.
		11- Los valores de glucosa en sangre normales son:	a-100 a 170mg/dl b-70 a 100 mg/dl c- 200 a 400mg/dl
		12- ¿Cuál/es considera pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes?	a- Alimentación, ejercicio, control glucémico/medicación y educación

			b- Hábitos saludables, medicación, insulina c- Análisis de sangre.
		13-Las complicaciones más frecuentes de la diabetes son:	a-Disminución de la visión, dolor de cabeza, cansancio. b- Problemas de circulación, Retardo de la cicatrización, infecciones frecuentes, presión alta, retinopatías. c- acides del estómago, mareos, vomito.
	Cuantificar la condición de autocuidado que tienen los pacientes con diabetes tipo II.	14- ¿Realiza ejercicio físico como ser: caminata de 30 minutos, natación, gimnasio, ¿otros?	a- 2 veces por semana b- 2 o 3 veces al mes. c- Nada
		15-Si debe subir al tercer piso de un edificio por escalera, considera que:	a-Es una oportunidad para ejercitar. b- Es innecesario, si lo hubiera uso el ascensor. c- Mi condición me lo dificulta.

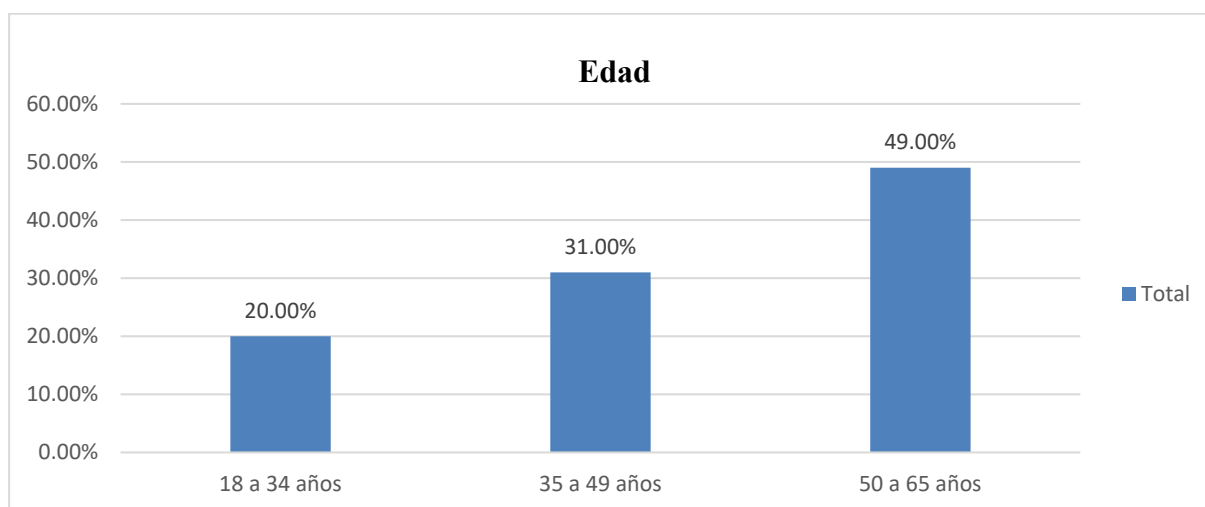
		16- ¿Elige sus alimentos acorde a los nutrientes y cualidades que le aporta?	a-Trato de hacerlo siempre que sea posible. b- Opto por alimentos con bajo aporte calórico. c- No lo tengo en cuenta, como lo que esté disponible en el momento.
		17- ¿Utiliza cremas humectantes para el cuidado de sus pies?	a- Si con frecuencia b- Nunca c- Pocas veces
		18- Los síntomas más comunes de hipoglucemia son:	a- Sensación de hormigueo, dolor muscular. b- Nauseas, visión borrosa, cansancio extremo. c- Debilidad, Piel pálida, sudoración, escalofríos, mareo, mucho sueño.
		19- ¿Con que frecuencia inspecciona sus pies en busca de lesiones, hongos, resequedad inflamación?	a-A diario b-De vez en cuando c-Nunca

		20- El pie diabético es una complicación frecuente por malas prácticas en el corte de uñas heridas y resequedad. ¿Qué medidas preventivas debe realizar?	a- Usar calzado adecuado, cremas con urea y Acudir a un podólogo especialista b- Corte recto después de ablandar en agua c- Sacar cutículas y cortar esquinas.
	Identificar si los pacientes reciben capacitación.	21- ¿Cómo definiría el grado de autoconocimiento que posee usted ante su enfermedad?	a- Muy Suficiente. b- Escaso. c- Intermedio.
		22- ¿Acude a charlas informativas / talleres sobre enfermedades crónicas?	b- Sí, con frecuencia. a-No asistí a ninguna en más de 2 años. c- Busco información constantemente en redes sociales e internet.
		23- ¿Considera que la capacitación acerca de su enfermedad es importante?	a-Muy importante b-Poco importante c-No significativo en mi tratamiento.

Fuente: elaboración propia

8 Resultados

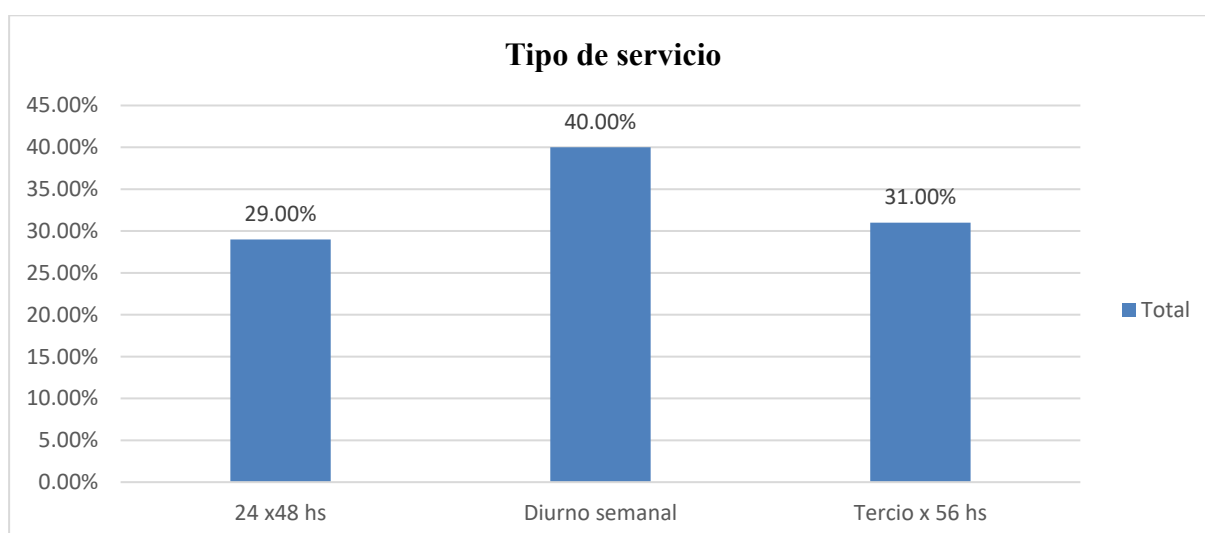
Gráfico N°1 Distribución de frecuencias según edad.



Fuente: elaboración propia

Descripción: en el grafico N.º 1 se aprecia los rangos etarios encuestados, los cuales determinaron como resultado en un 49 % de pacientes comprendidos en la edad de 50 a 65 años, le sigue un 31% entre 35 a 49 años y un 20 % de pacientes de entre 18 a 34 años lo cual pertenece al grupo de minoría.

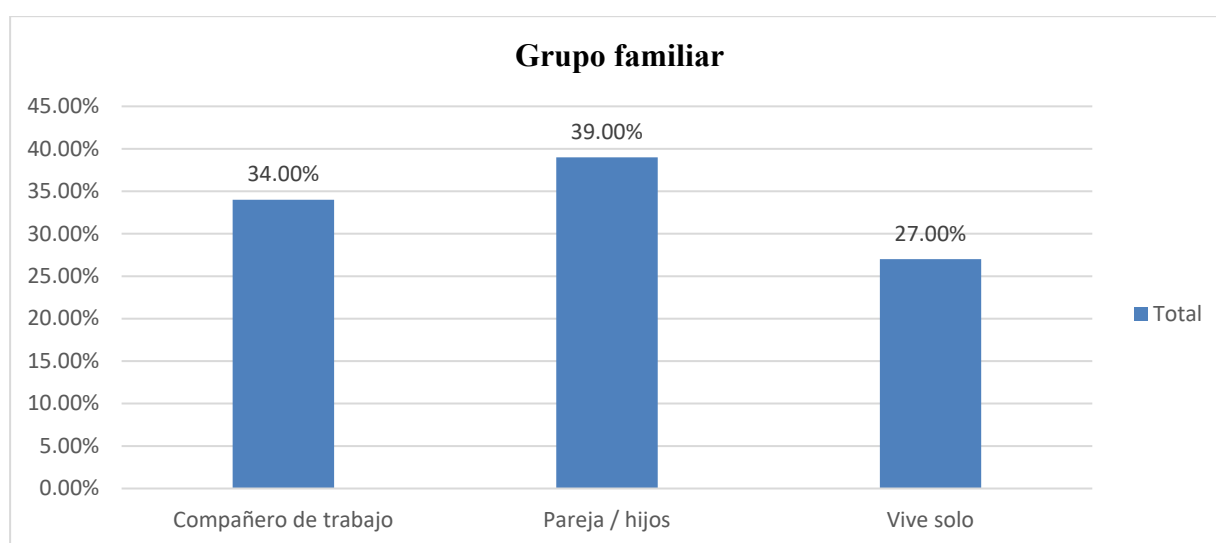
Gráfico N°2 Distribución de frecuencias según tipo de servicio que realiza.



Fuente: elaboración propia

Descripción: en el grafico N.º 2 se visualiza los tipos de servicios laborales que desempeñan los pacientes, predominando así el tipo diurno semanal con un 40 % quienes desarrollan tareas de oficina administrativa y atención al público, le siguen el tercio x 56 con un 31 % quienes trabajan en comisarías haciendo 8 horas de servicio seguido por 8 horas de descanso hasta completar 3 servicios y luego 56 horas de franco, por último en menor medida se aprecia al servicio de 24 x 48 con un 29 % quienes hacen 24 horas de guardia con 2 días de franco.

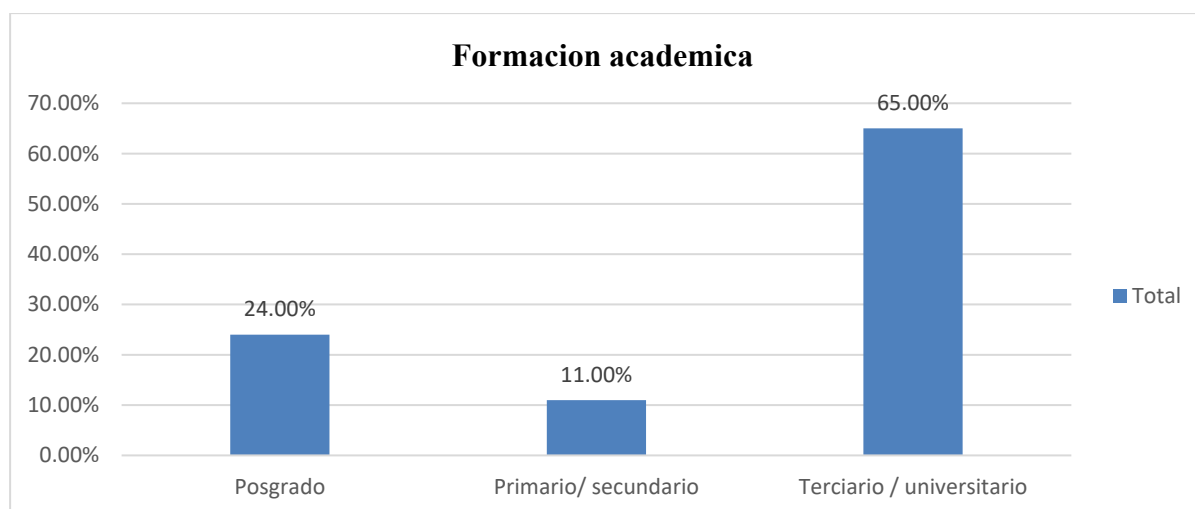
Gráfico N.º3 Distribución de frecuencias según grupo familiar.



Fuente: elaboración propia

Descripción: el grafico N.º 3 evidencia la relación de pacientes con su grupo familiar, en la misma se aprecia un predominio del 39% con respecto a la situación de convivencia con pareja e hijos, un 34 % está representado por pacientes que conviven con compañeros de trabajo y un 27 % viven solos.

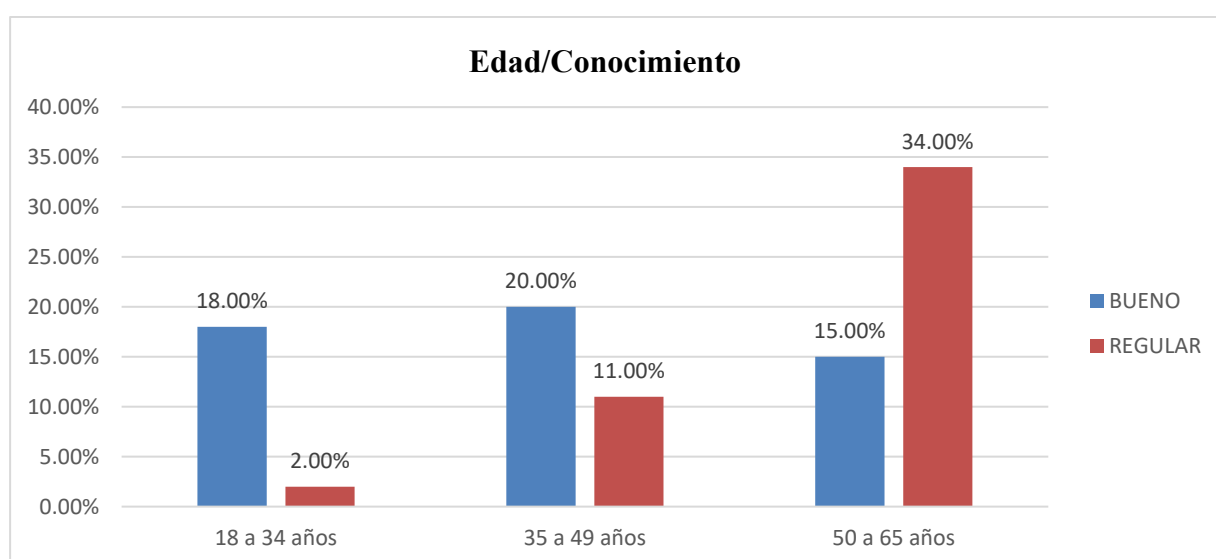
Gráfico N°4 Distribución de frecuencias según formación académica.



Fuente: elaboración propia

Descripción: en el grafico N.º 4 se observa el grado de formación académica que prevaleció entre los encuestados siendo la obtención del título terciario/ universitario con un 65 %, luego un 24 % con un título de posgrado y el 11 % con escuela primaria / secundaria. Cabe mencionar que no hay registros de pacientes sin formación académica ya que de esa manera no integrarían la institución.

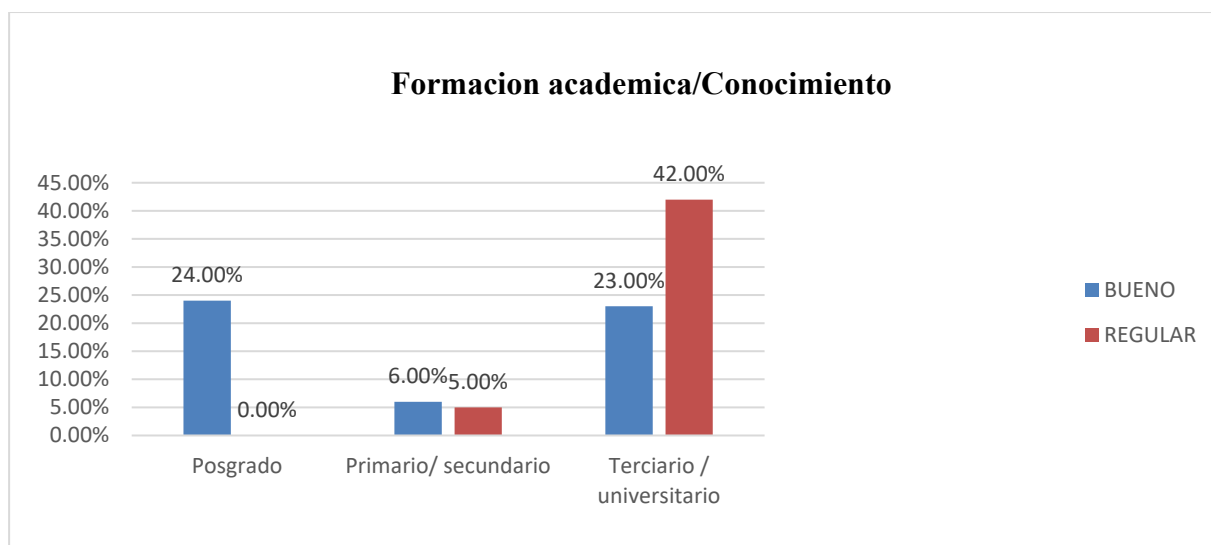
Gráfico N°5 Distribución de frecuencias según edad y conocimiento.



Fuente: elaboración propia

Descripción: el grafico N.º 5 denota el conocimiento que poseen los pacientes con respecto al rango etario, pudiéndose observar así que el mayor porcentaje de conocimiento lo tienen los pacientes de 35 a 45 años con un 20 % de respuestas correspondiente al valor de dimensión “bueno”, le siguen los pacientes de 18 a 34 años con un 18 % y un 15 % en pacientes de 50 a 65 años. Con respecto a el valor de la dimensión “regular” se observa el mayor porcentaje de respuestas en pacientes de 50 a 65 años con un 34 %, le siguen 35 a 49 años con 11 % y en menor medida los pacientes de 18 a 34 años con el 2 %. Cabe mencionar que no se obtuvieron porcentajes correspondientes al valor de la dimensión “malo”.

Gráfico N.º6 Distribución de frecuencias según formación académica y conocimiento sobre la patología.

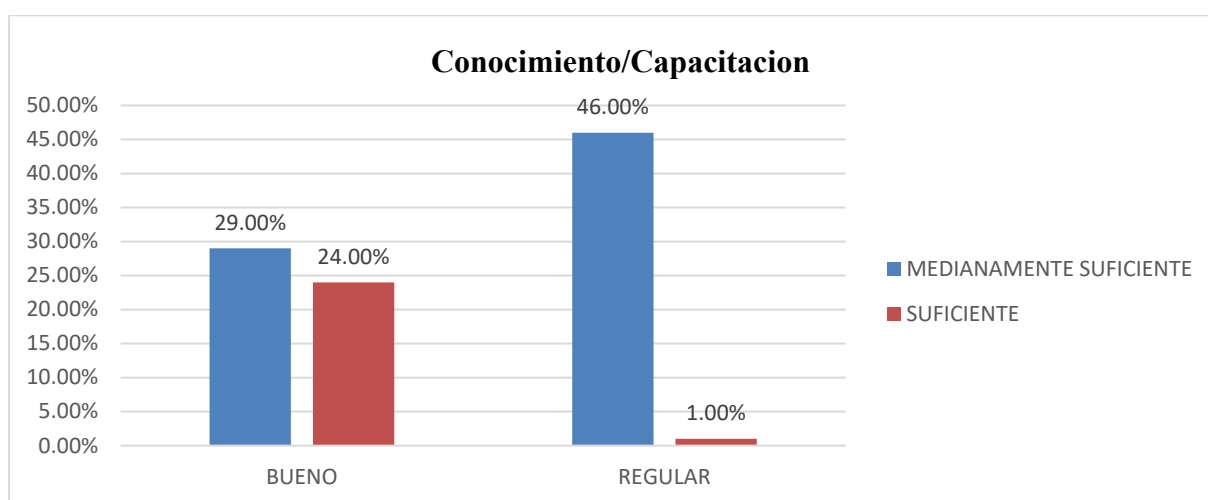


Fuente: elaboración propia

Descripción: el grafico N.º 6 refleja la atribución de un mayor porcentaje de conocimiento correspondiente al valor de la dimensión “bueno” en los pacientes que tienen un título posgrado alcanzando un 24 % de respuestas, por debajo le sigue un 23 % en pacientes con título terciario o universitario y un 6 % en pacientes con escuela primaria o secundario, mientras que para el valor de la dimensión “regular” el 42% de respuestas se dieron en pacientes con terciario o

universitario, un 5% en primario y secundario y no se evidencia respuestas regulares en pacientes con título de posgrado.

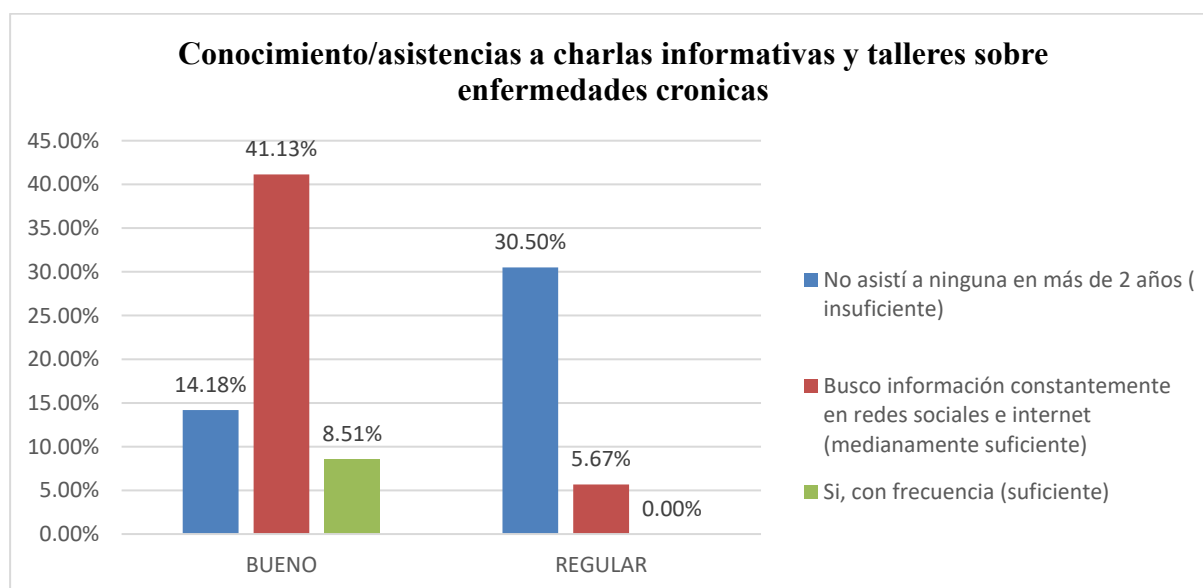
Gráfico N°7 Distribución de frecuencias según conocimiento de la patología versus capacitación que reciben.



Fuente: elaboración propia

Descripción: en el grafico N.º 7 se aprecia que el 24 % de los que reciben capacitación según el valor de la dimensión “suficiente” tienen un conocimiento bueno y solo el 1 % conocimiento regular. Para los que tienen una capacitación “medianamente suficiente” el 46 % pertenece a los que tienen conocimiento regular y 29 % a conocimiento bueno. Cabe aclarar que no se evidenciaron respuestas para el menor valor de la categoría en ambas dimensiones contrapuestas.

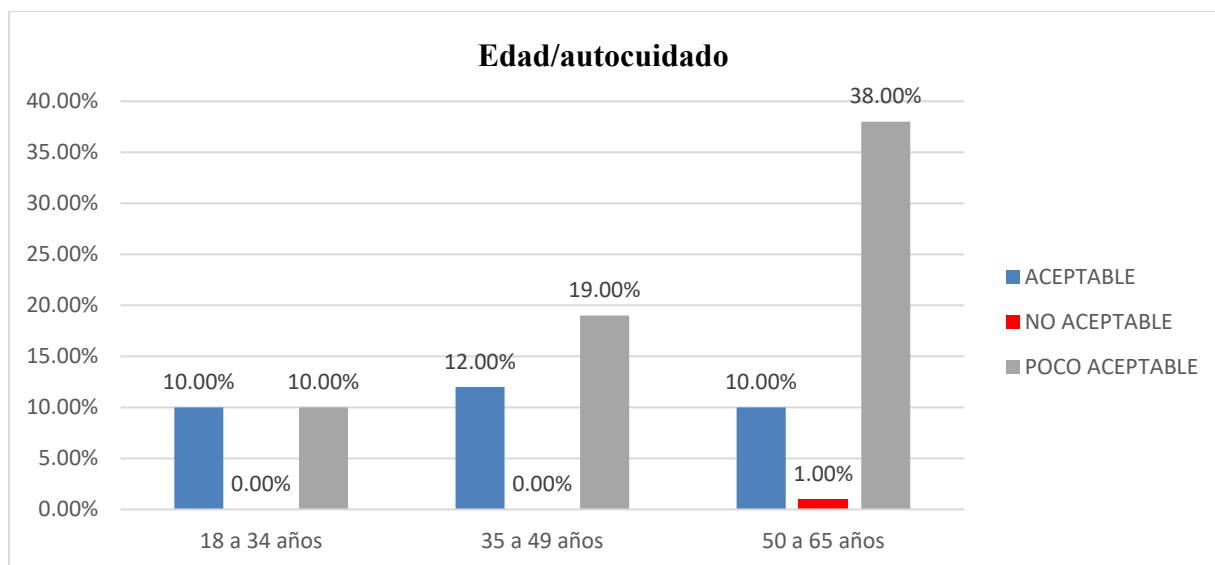
Gráfico N°7.a Distribución de frecuencias según conocimiento de la patología versus asistencias a charlas informativas y talleres sobre enfermedades crónicas



Fuente: elaboración propia

Descripción: el gráfico N.º 7.a expresa que el 41,13 % de los que respondieron “busco información en redes sociales e internet” (medianamente suficiente) presentan conocimiento bueno, mientras que un 5,67 % conocimiento regular. 30,5 % de los que respondieron “no asistí a ninguna charla en más de 2 años” (insuficiente) poseen conocimiento regular y un 14,18 % conocimiento bueno. El 8,51 % de los que respondieron “sí, con frecuencia” tienen conocimiento bueno mientras que no se encontraron respuestas en conocimiento regular. No se configuraron respuestas que encuadren en el menor valor de la dimensión conocimiento (malo)

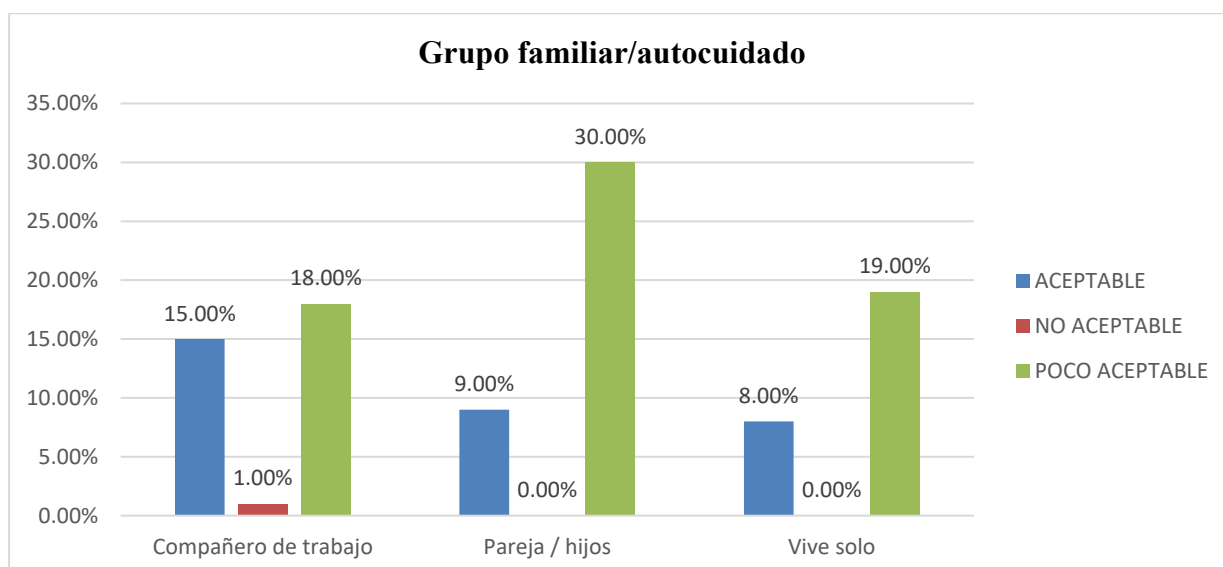
Gráfico N°8 Distribución de frecuencias según edad y condición de autocuidado.



Fuente: elaboración propia

Descripción: en el grafico N.º 8 se visualiza un predominio 38 % de respuestas poco aceptables respecto a la condición de autocuidado en el rango etario de 50 a 65 años, un 19% en 35 a 49 años y un 10 % en 18 a 34 años. El 12% de los que respondieron aceptable se encontró en 35 a 49 años, 10% en 18 a 34 años y 10% en 50 a 65 años. Solo el 1% de respuesta no aceptable se atribuye a 50 a 65 años.

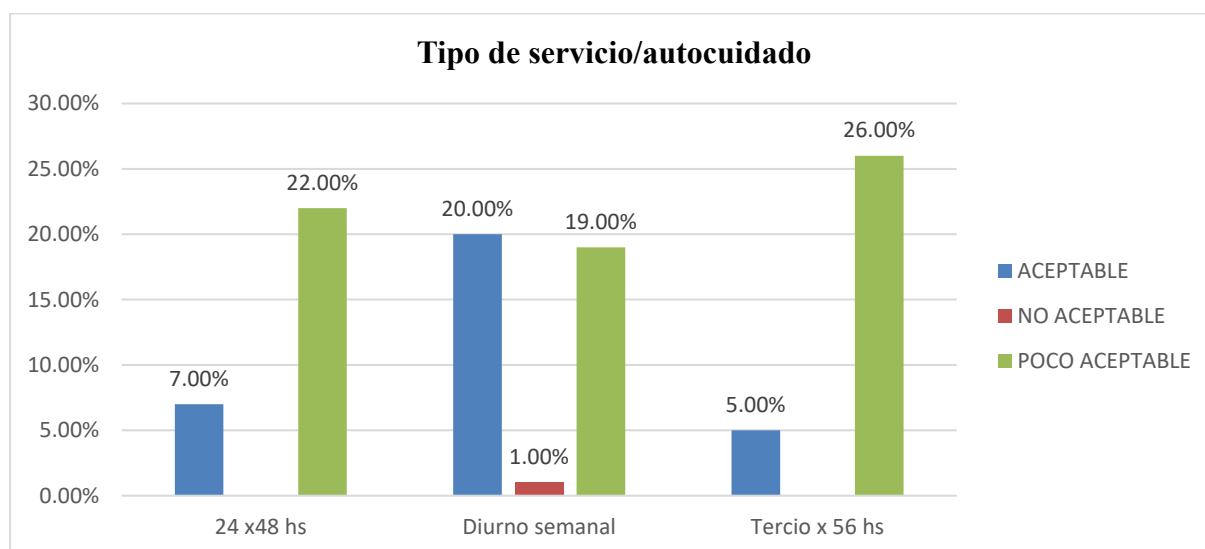
Gráfico N°9 Distribución de frecuencias según grupo familiar y condición de autocuidado.



Fuente: elaboración propia

Descripción: el grafico N.º 9 demuestra un 30 % de condición de autocuidado poco aceptable en pareja / hijos, seguido de un 19 % en vive solo y 18 % compañeros de trabajo. Para el valor aceptable se halló un 15 % en compañeros de trabajo, 9% en pareja / hijos y 8 % para vive solo. El valor no aceptable solo se evidencia un 1 % en compañeros de trabajo.

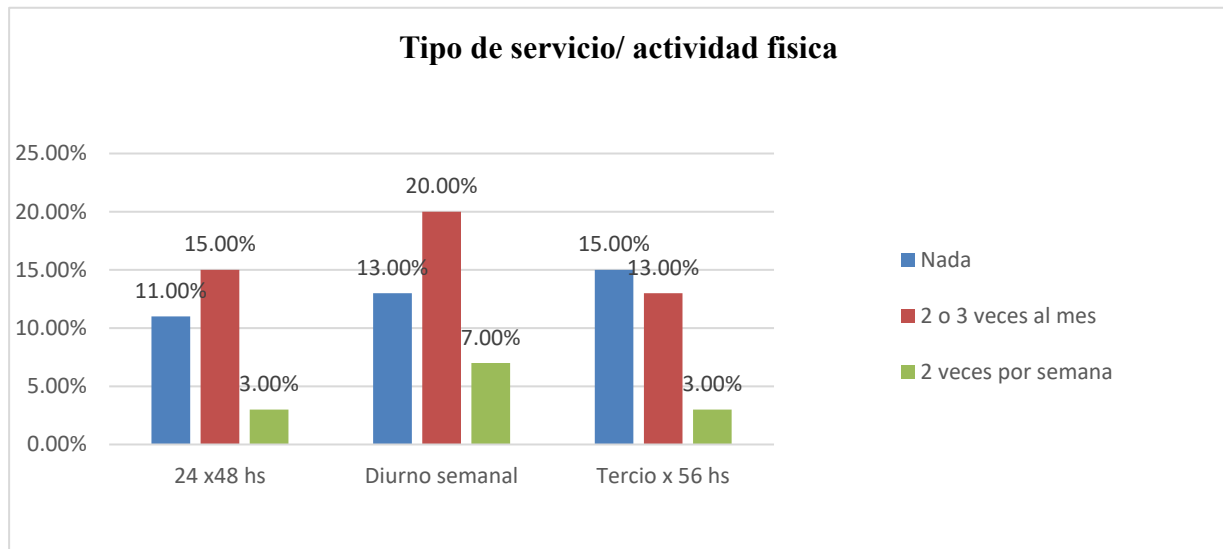
Gráfico N°10 Distribución de frecuencias según tipo de servicio y condición de autocuidado.



Fuente: elaboración propia

Descripción: en el grafico N.º 10 respecto a la condición de autocuidado se observa un 26 % poco aceptable en el grupo de tercio x 56 mientras que un 22% para 24 x 48 y 19 % para diurno semanal. Las respuestas aceptables representan un 20 % para diurno semanal, 7 % para 24 x 48 y 5 % tercio x 56. Se halló solo un 1 % de respuestas no aceptables en diurno semanal.

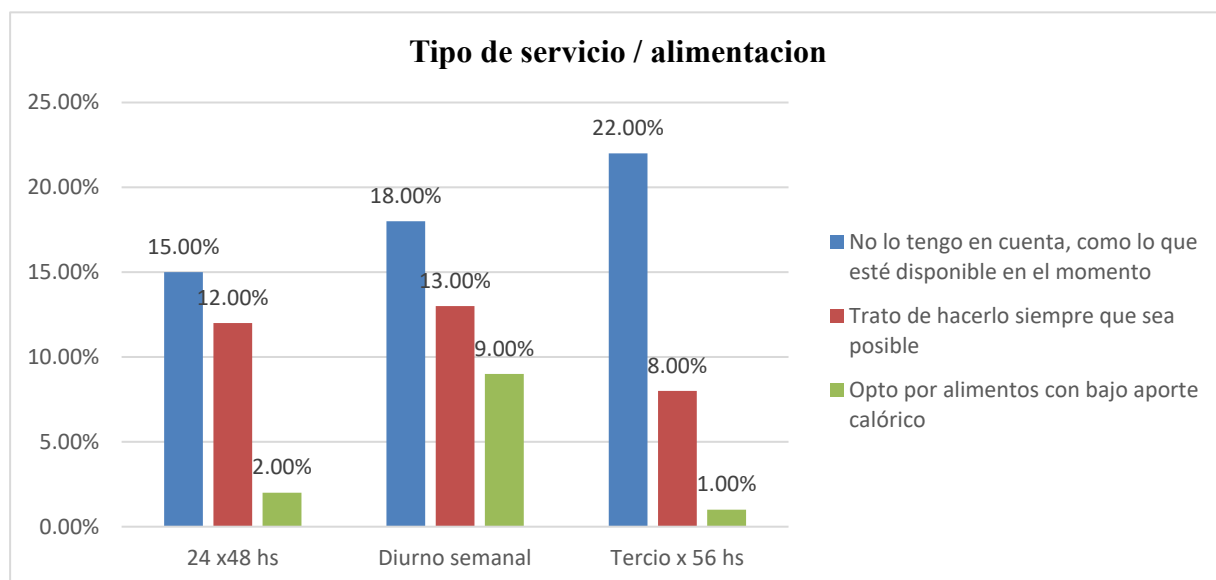
Gráfico N° 10.a Distribución de frecuencias según tipo de servicio versus actividad física



Fuente: elaboración propia

Descripción: en el gráfico N° 10.a se observa que para el tipo de servicio diurno semanal se asocia un 20% de pacientes que realizan ejercicio físico 2 veces por semana mientras el 13% no realiza actividad y el 7% 2 o 3 veces al mes. Para los servicios de 24 x 48 se evidencia un 15 % realiza actividad 2 o 3 veces al mes, un 11% nada y un 3% 2 veces por semana. Por último, en el tercio x 56 arroja un 15 % no realiza actividad física mientras que un 13 % 2 o 3 veces al mes y un 3 % 2 veces por semana.

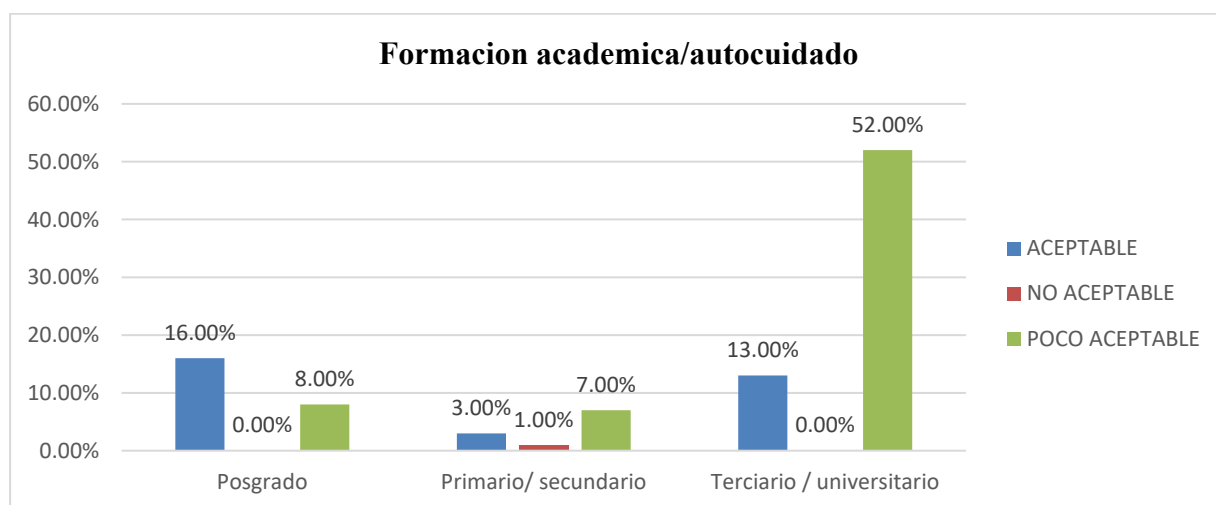
Gráfico N° 10.b Distribución de frecuencias según tipo de servicio versus elección de alimentos acorde a los nutrientes y cualidades que aportan.



Fuente: elaboración propia

Descripción: el grafico N° 10.b expresa para el tipo de servicio diurno semanal un 9% opta por una buena alimentación, el 13 % trata de hacerlo en lo posible y el 18 % no lo tiene en cuenta. En el 24 x 48 un 2 % con buena alimentación, 12 % trata de hacerlo en lo posible y 15% no lo tiene en cuenta, mientras que para el tercio x 56 se halló un 1 % con buena alimentación, 8% trata de hacerlo y un 22 % no lo tiene en cuenta.

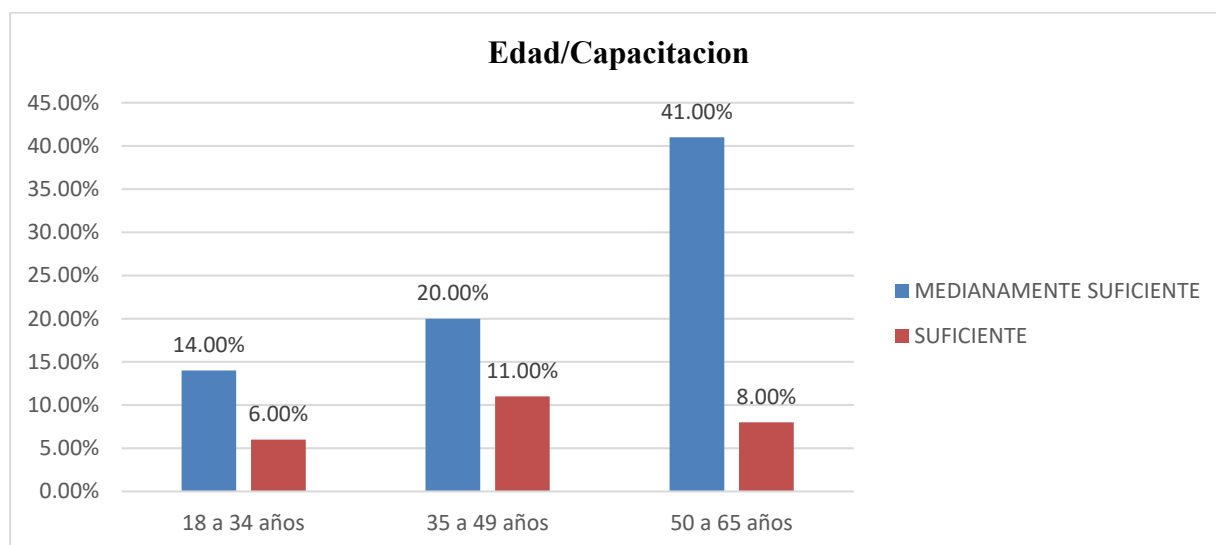
Gráfico N°11 Distribución de frecuencias según formación académica y condición de autocuidado.



Fuente: elaboración propia

Descripción: el grafico N.º 11 evidencia 52 % de condición de autocuidado poco aceptable en el grupo terciario-universitario mientras que 8 % se atribuye a posgrado y un 7 % primario-secundario. Para las respuestas aceptable se observa un 16 % perteneciente al grupo posgrado, un 13 % en terciario-universitario y un 3 % en primario / secundario. Se halló 1 % no aceptable solo en primario-secundario.

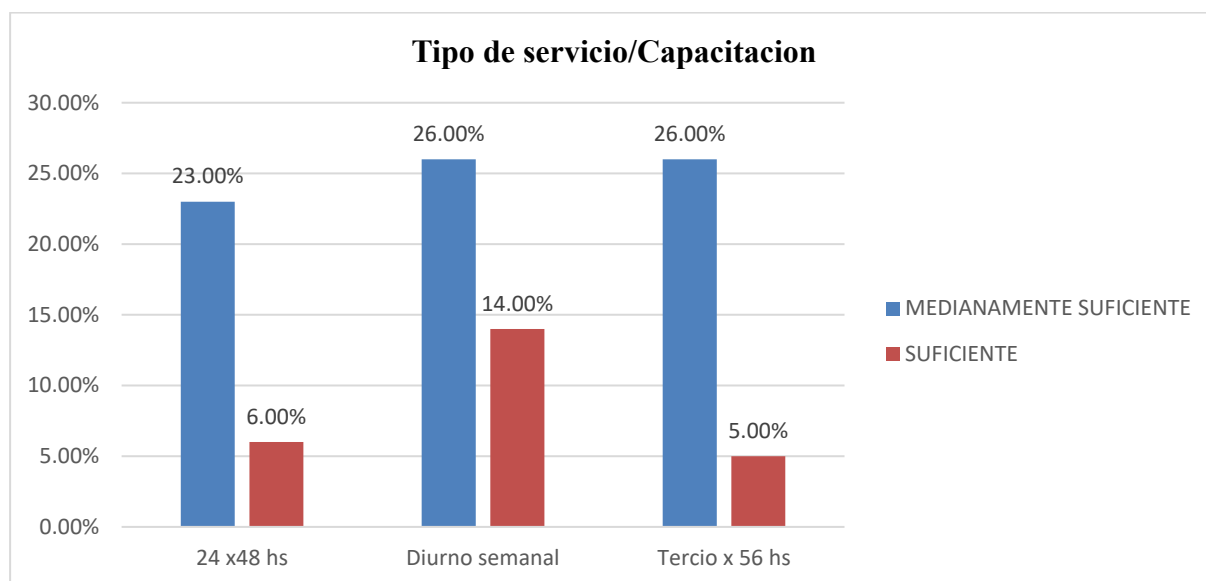
Gráfico N°12 Distribución de frecuencias según la edad y capacitación que reciben.



Fuente: elaboración propia

Descripción: en grafico N.º 12 se observa un 41 % de pacientes de entre 50 a 65 años reciben capacitación medianamente suficiente, 30 % en 35 a 49 años y 14 % en 18 a 34 años. Se encontró que 11 % de pacientes de 35 a 49 años reciben capacitación suficiente, un 8 % en 50 a 65 años y un 6 % en 18 a 34 años. No se evidencia capacitación insuficiente en ningún rango etario.

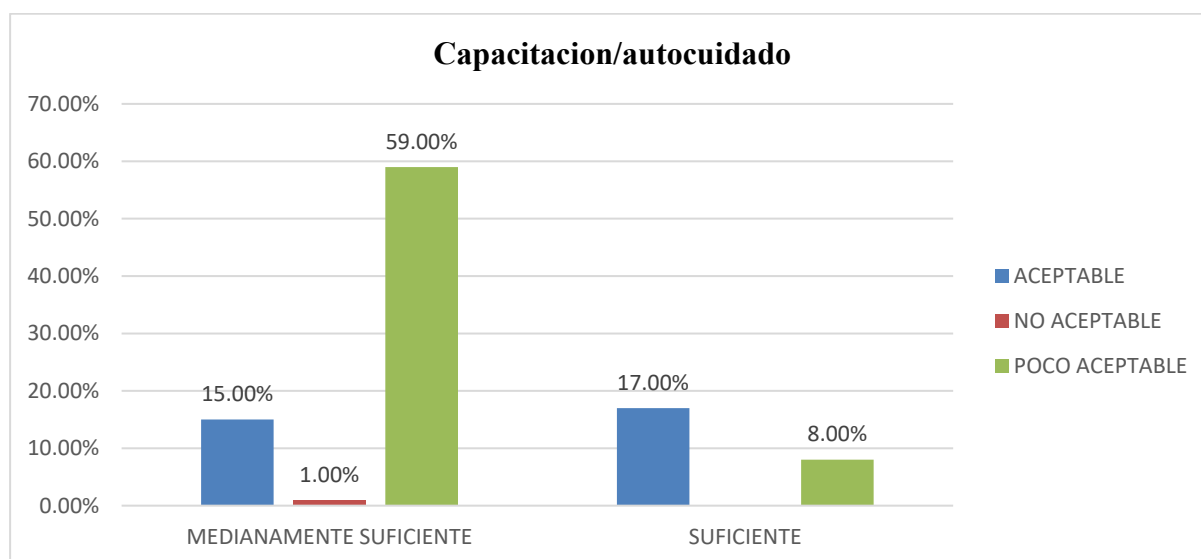
Gráfico N°13 Distribución de frecuencias según tipo de servicio y capacitación que recibe.



Fuente: elaboración propia

Descripción: el gráfico N°13 muestra un 26 % de capacitación medianamente suficiente tanto para el grupo diurno semanal como para tercio x 56 y un 23 % para 24 x 48. se evidencia una capacitación suficiente de 14 % en diurno semanal, mientras que un 6 % en 24 x 48 y 5 % en diurno semanal. No se hallaron respuestas para el valor de la dimensión insuficiente.

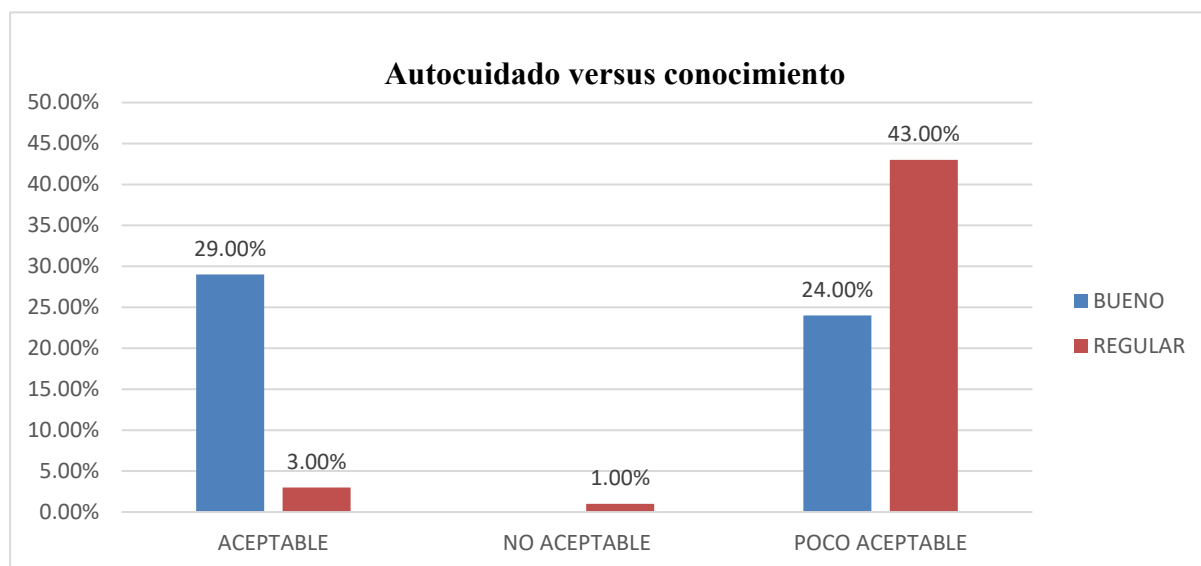
Gráfico N°14 Distribución de frecuencias según capacitación que reciben versus condición de autocuidado.



Fuente: elaboración propia

Descripción: el gráfico N.º 14 expresa, frente a los que tienen una capacitación medianamente suficiente el 59 % tiene una condición de autocuidado poco aceptable, el 15 % una condición aceptable y el 1 % no aceptable. Para capacitación suficiente se halló que 17 % poseen condición aceptable y 8 % poco aceptable. No se evidencia registros para el valor de la dimensión insuficiente.

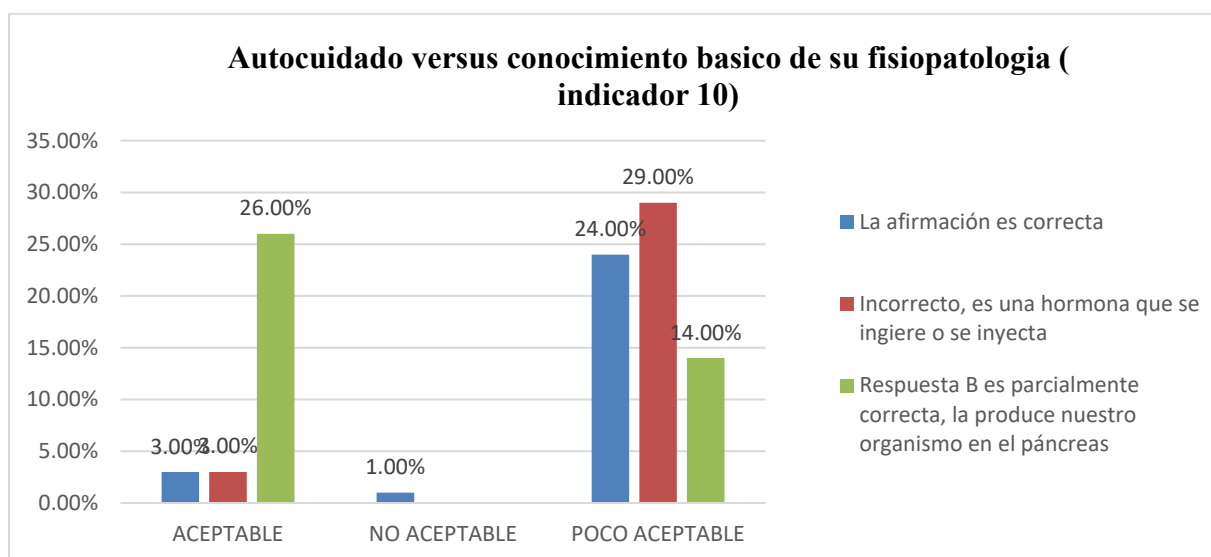
Gráfico N° 15 Distribución de frecuencias según condición de autocuidado versus conocimiento.



Fuente: elaboración propia

Descripción: el grafico N° 15 evidencia para una condición de autocuidado poco aceptable un 43 % de conocimiento regular y un 24 % de conocimiento bueno. De la misma forma para un autocuidado aceptable se halló que un 29 % presenta un conocimiento bueno y un 3% regular, mientras que para una condición de autocuidado no aceptable solo se registró un 1 % de conocimiento regular. No se evidencio conocimiento malo en ningún caso.

Gráfico N° 15.b Distribución de frecuencias según condición de autocuidado versus conocimiento básico de su fisiopatología (indicador N° 10)



Fuente: elaboración propia

Descripción: el grafico N° 15.b expresa para una condición de autocuidado aceptable un 26% de respuestas buena, 3 % de respuesta regular y 3 % mala. Para poco aceptable un 29% de respuesta regular frente al conocimiento de la fisiopatología de su enfermedad, un 24 % de respuesta mala y un 14% bueno mientras que para no aceptable solo se registró un 1% de respuesta mala.

9 Discusión

El presente trabajo se realizó sobre el análisis del conocimiento y las prácticas de autocuidado llevadas a cabo por el personal de una institución policial que padece de la patología diabetes mellitus II.

Al observar los resultados obtenidos no se pudo confirmar plenamente la hipótesis, aunque tampoco se refuta en su totalidad, por lo que se puede inferir que la hipótesis es parcialmente refutable. El análisis de los resultados reveló que uno de los principales problemas es la falta de educación sobre la diabetes. Porcentajes elevados de pacientes encuestados no reconocen y/o carecen de información en relación al funcionamiento de su organismo frente a la patología que atraviesan, tales como el desconocimiento en el origen de la producción de insulina en su cuerpo por ende se infieren que posiblemente tampoco comprendan la función y los efectos de la misma. El grafico N° 15.b denota en los pacientes que presentan una condición poco aceptable un desconocimiento de la hormona insulina y el órgano que lo produce así también la mayoría sostiene la creencia de que la insulina es únicamente inyectable de forma exógena. Este falso conocimiento interfiere la capacidad que tienen los pacientes a través de factores conductuales para promover el reajuste y el equilibrio hormonal necesarios para la regresión de la patología o bien el enlentecimiento de la progresión y las complicaciones, estos procesos son abordados mediante la psicología de la salud e involucran la comprensión de las características fisiológicas y las interacciones orgánicas involucradas en su enfermedad. (41)

Existe una asociación entre el conocimiento y los factores demográficos como la edad ya que como se aprecia en el grafico N.º 1 la mayor cantidad de los pacientes se encuentra en el rango etario de 50 y 65 en los cuales se halló proporcionalmente que la mayoría de este grupo poseían un conocimiento regular, representando la mayor incidencia en desconocimiento.

Además, se observó que la mayoría de los pacientes no practican las medidas de autocuidado de manera correcta. No controlan sus niveles de glucosa con regularidad o no saben la finalidad con la que lo hacen ni su importancia para el tratamiento. Escasa actividad física; se ha encontrado que una décima parte de los encuestados realizan al menos dos caminatas por semana, al igual que las prácticas de alimentación saludable. Los resultados de la encuesta ponen de manifiesto la necesidad de una intervención integral para abordar la diabetes en la institución en cuestión, la misma debe incluir campañas de concienciación, programas de educación y acompañamiento por parte del círculo familiar y enfermería en su rol clave en la adherencia en el tratamiento (42)

Los hallazgos de la investigación son los siguientes:

- Los datos obtenidos reflejan un conocimiento débil de los pacientes sobre aspectos de relevancia que involucra la patología.
- En todos los cruces de variables representados a través de gráficas se evidencio una prevalencia en la falta de condiciones de autocuidado adecuado.
- La falta de educación y capacitación sobre la diabetes es un problema clave en la institución.
- Es necesaria una intervención integral para abordar la situación actual en los pacientes que padecen diabetes tipo 2 en la institución policial.

El conocimiento regular y la condición de autocuidado poco aceptable prevalecieron entre los participantes del grupo etario de entre 50 y 65 años tal como lo demuestra el grafico N°5 y 8 lo que incentiva a prestar especial atención a este grupo ya que las personas mayores con un diagnóstico más prolongado de DM2 son más propensas a un control glucémico deficiente y a una peor calidad de vida; a tener tasas más altas de complicaciones derivadas de la enfermedad; y a necesitar insulina para controlar la glucemia tal como se demuestran en otros estudios (43).

lo que deja en claro la necesidad de desarrollar estrategias de autocuidado que incluyan diferentes grupos de edad, con énfasis en la prevención y control de factores de riesgo modificables como sedentarismo, obesidad y factores dietéticos, además del consumo de alcohol y tabaco (44). La falta de adherencia al tratamiento podría asociarse a la falta de apoyo social en especial al grupo de contención familiar tal como lo evidencia al respecto el grafico N° 9 comparando la situación de convivencia con las condiciones de autocuidado; se halló de esta manera que la mayoría de los que tienen una condición poco aceptable convive con hijos o pareja esto evidencia la importancia del núcleo familiar ya que su apoyo es uno de los factores que influyen directamente con el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico por lo que las medidas de prevención y promoción se podrían direccionar estratégicamente hacia la familia tal como lo demuestran otros estudios (45).

Los factores de riesgo conductuales y modificables que conducen al desarrollo y a la progresión de la diabetes dentro del personal son principalmente la falta de actividad física y la dieta poco saludable teniendo como base la falta de educación. A través del grafico N° 14 se encontró un elevado porcentaje de relación entre pacientes con poca capacitación y las deficientes prácticas de autocuidado, lo que marco la importancia de la educación en salud necesaria para instaurar hábitos saludables impulsados desde la concientización. Los malos comportamientos habituales de los pacientes promueven el desequilibrio del metabolismo ocasionando sobrepeso y obesidad lo que conlleva a un mayor riesgo de desarrollar complicaciones secundarias a la diabetes como las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, acv y neuropatías entre otros. (46) En este punto se observó a través del grafico N° 10 el predominio porcentual de una condición de autocuidado poco aceptable en el servicio tercio x 56 por debajo le sigue el servicio 24 x 48. En el mismo grafico se evidencio un incremento de autocuidado aceptable en el servicio diurno semanal específicamente en cuanto a la actividad física. Los pacientes que realizan diurno semanal han demostrado un mejor

comportamiento en relación a la actividad física lo que nos lleva a determinar que la voluntad de los pacientes dirigidas a mejorar su salud están motivadas en gran parte por la disponibilidad horaria que manejan en sus respectivos destinos, véase gráfico N ° 10.a. Si bien el trabajo puede influir en la cantidad de actividad física que se realiza, el ejercicio es una actividad planificada, estructurada y repetitiva con el objetivo de mejorar o mantener la condición física según la OMS (47) por lo que resulta necesario la instauración de una conciencia colectiva. De la misma forma sucede con otro de los pilares fundamentales como la alimentación, se ha observado el comportamiento de los pacientes con respecto a los hábitos alimenticios en relación a sus horarios laborales determinando que los pacientes con un estilo de vida mejor organizado como el de los servicios con horarios administrativos optan por una buena alimentación o en su defecto tratan de hacerlo, en contraste con el servicio de tercio x 56 que evidencia un alto porcentaje en pacientes que no tienen en cuenta a la alimentación el cual podría estar relacionado a estilos de vida poco organizados influenciados por horarios rotativos y nocturnos, por consiguiente comen lo que esté a su alcance es decir comida al paso y fuera de horarios habituales. Varios estudios han demostrado que la ingesta de alimentos hipercalóricos en deshoras es uno de los factores con mayor influencia negativa en la salud (48), tanto el tercio x 56 como el 24 x 48 desempeñan horarios nocturnos y suelen ser los más afectados debido a su alta ingesta de azúcares, hidratos de carbono, grasas saturadas, etc. Reflejando altos índices de obesidad, problemas relacionados con aumento en los niveles de colesterol, glucemia y triglicéridos, que derivan potencialmente en afecciones del sistema cardiovascular. (49)

Las condiciones de autocuidado son influenciadas sin lugar a dudas por el nivel de conocimiento que poseen los pacientes, esto quedó en evidencia a través del gráfico N° 15 en donde se encontró la prevalencia de un conocimiento regular en aquellos pacientes que presentaban condiciones de autocuidado poco aceptables. Si bien no se evidenciaron niveles de conocimiento malos, ni condiciones de autocuidado no aceptables, es un hallazgo que puede

encaminar las acciones del equipo de salud para mejorar los porcentajes de la relación autocuidado y conocimiento tal como lo concluyen otros estudios (50)

Se confirmo mediante el grafico N.º 7 la relación entre el estado de conocimiento que poseían y la capacitación que recibían observando así que casi el total de los que tenían un conocimiento regular recibían una capacitación medianamente suficiente, lo cual quiere decir que se interiorizan particularmente sobre su enfermedad a través de internet o redes sociales, esto podría no ser lo más ajustado ya que hay mucha desinformación en esas fuentes. En la misma grafica se evidencio un poco más de la mitad de pacientes con un buen conocimiento aun así con el predominio porcentual de una capacitación medianamente suficiente en este grupo. Se afirma así que $\frac{3}{4}$ parte de los encuestados poseen capacitación medianamente suficiente posiblemente relacionado a la falta de adquisición de conocimiento a través de intervención institucional, véase grafica 7.a.

El conocimiento sobre la diabetes es fundamental y crucial para el manejo y el control de la condición ya que crea un estado de conciencia en el que el individuo siente el compromiso de mantener un buen régimen de autocuidado y le ofrece la competencia para llevarlo a cabo, el entendimiento de la enfermedad es la base para el desarrollo para habilidades de autocuidado (51). De igual manera es relevante fomentar la importancia del autocuidado y crear una cultura de hábitos en aquellos pacientes que evidencian un desconocimiento sobre la gravedad y complicaciones que conlleva su enfermedad y la importancia de su control y tratamiento (52). La falta de educación sobre la diabetes puede provocar que las personas no controlen sus niveles de glucosa, lo que puede conducir a complicaciones graves, como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, ceguera y amputaciones, el área de salud puede tomar iniciativas para concientizar a través de la educación a fin de mejorar la calidad de vida. (53)

10 Conclusiones

La condición de autocuidado en el personal no es eficiente para el manejo de la enfermedad, las variantes demográficas tienen impacto significativo para lo cual la edad y el tipo de servicio presentaron resultados desfavorables. Se concluye para la interpretación de los resultados que la media de los pacientes evaluados no posee un conocimiento eficiente para el manejo de la enfermedad originado por la falta de capacitación idónea, por ende surge la necesidad de reforzar la educación a través de la implementación de estrategias de salud para la promoción y prevención secundaria. Si bien predomina un conocimiento bueno, el origen de esa información está asociado con fuentes de dudosa procedencia ya que el estudio aportó resultados negativos en cuanto a capacitación idónea.

Los hallazgos claves responden a la indagación principal del proyecto, destacando que un conocimiento vacilante y un autocuidado deficiente pueden desencadenar alteraciones con la consecuente progresión de la enfermedad si no se interviene adecuadamente con dieta, control glucémico, actividad física, entre otros aspectos enfatizados en esta aportación.

El trabajo devela estadísticamente la situación actual del personal en la institución con diabetes mellitus dos, lo cual podría considerarse como base para futuras investigaciones convenientemente para la elaboración e implementación de programas institucionales para abordaje de la problemática teniendo como base al programa nacional de educación para el autocontrol de la diabetes (EDAM) y las aportaciones de Paulo Freire, mediante un método activo de alfabetización y concientización en salud.

11 Bibliografía

1. Villa B.M.U. Diagnóstico y tratamiento de la nefropatía. Tesis. Azogues - ecuador: universidad católica de cuenca. 2023; p. 1-5.

<https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/7b3de9f1-7828-494f-bceb-57a81f2c91f1/content>

2. Federación argentina de diabetes. Conoce los básicos de la diabetes 2. Revista de la federación argentina de diabetes. 2023; p. 5-17.

<https://www.fad.org.ar/wp-content/uploads/2023/05/Nuestra-Voz-Num-83.pdf>

3. Federación internacional de diabetes. Décimo primera edición. Publicación anual de la federación. Bruselas, Bélgica: idf diabetes atlas. 2025; p.22-39.

<https://diabetesatlas.org/es/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>

4. Organización panamericana de la salud. Perfiles carga enfermedad diabetes 2023. 2023; p-1.

<https://www.paho.org/es/tag/perfiles-carga-enfermedad-diabetes-2023>

5. María P. Russo, María F. Grande-Ratti, Mariana A. Burgos, Anahí A. Molaro y María B. Bonella. Prevalencia de diabetes, características epidemiológicas y complicaciones vasculares. Archivos de cardiología de México. 2019; p.30-35.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v93n1/1405-9940-acm-93-1-30.pdf>

6. Instituto nacional de estadística y censos (indec)-secretaría de salud del gobierno de la Nación-Argentina. encuesta nacional de factores de riesgo. instituto nacional de estadística y censos (indec). 2019; 4º edición; p. 135-162.

https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf

7. Organización mundial de la salud. El pacto mundial contra la diabetes. 2021; p. 1-6.

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/diabetes/gdc_need_to_know_web.pdf?sfvrsn=7a4af558_4&download=true

8. Lancheros Páez L. Pava Cárdenas A, Bohórquez Poveda A. Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de conocimientos, actitudes y prácticas en un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en la asociación colombiana de diabetes. Dieta (Buenos Aires). 2010.

<https://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v28n133/v28n133a03.pdf>

9. Raquel S. Robalino G. Nora M. Palzzi T. Favio, L. Programa educativo de autocuidado para pacientes con diabetes mellitus tipo II. 2022; p. 1-14.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8551304>

10. Enrique V. Rojas Conocimiento de la enfermedad y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, umf 62. Tesis doctoral. Universidad nacional autónoma de México 2023; p. 8-30. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000845727/3/0845727.pdf>

11. Carrió F. Borrell I. El modelo biopsicosocial en evolución. Barcelona-España. Grupo comunicación y salud. Profesor asociado de medicina de familia. 2002; p. 197. https://altascapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093_S300_es.pdf

12. Iliana M. Ulloa S. Claudia N. Mejía A. Édison F. Plata U. Alejandra N. Ramírez D. Quintero L. Gómez M. Grimaldo A. Mariño I. Proceso de enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. Revista cubana de enfermería. 2017; 33 (2) p -402. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v33n2/enf19217.pdf>

13. Indec. Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022-Cuadro resumen. Total, de población, población en viviendas particulares, población en viviendas colectivas y población en situación de calle, por jurisdicción y sexo registrado al nacer. . Buenos Aires. 2022; p -1.

<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>

14. Indec. Instituto nacional de estadísticas y censos. 4° encuesta nacional de factores de riesgo resultados definitivos. Estadísticas. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Indec. 2019; p. 141-162

https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf

15. Organización panamericana de la salud. las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América latina y el caribe Washington D.C; 2017. V.3 p -147.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Dra. Massiel Indiri De La Rosa Calletan. Conocimientos que poseen los pacientes con diabetes mellitus sobre su enfermedad y autocuidado en la consulta de diabetología del hospital

general Dr. Vinicio Calventi en el periodo mayo-junio 2022. santo domingo: universidad iberoamericana-unibe.

https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/bitstream/123456789/1261/5/19-1047_TF.pdf

17. Juliana Victoria Huapaya rueda. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos de un centro de salud en lima sur - 2021. Tesis. lima: universidad científica del sur. Facultad de ciencias de la salud. 2021. Lima. p -12

<https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/2546/TL-Huapaya%20J-Morales%20J-Ext.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Doris Karina C. Martha Luz I. Nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hospital San José, Chíncha, 2024. tesis. chíncha: universidad autónoma de ica. 2024; p -4.

<https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/2748/1/6.JACOBO%20SANDIGA-CONDOR%20MENDOZA.docx.pdf>

19. Pantaleón Bances J. Vásquez Rodas J. Prácticas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus centro de salud José Olaya, 2022. Tesis. Pimentel: Universidad Señor de Sipán. 2022; p – 3.

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/12676/Pantaleon%20Bances%2c%20Juana%20%26%20Vasquez%20Rodas%2c%20Julia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Enrique D. Conocimiento de la enfermedad y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 , umf 62. Tesis. Cuautitlán de Romero Rubio. Universidad nacional autónoma de México. 2023; p -4.

<https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000845727/3/0845727.pdf>

21. Penayo A. Autocuidado del paciente diabético. Tesis. Hernandarias: universidad tecnológica intercontinental. 2022; p -2.

<https://www.utic.edu.py/repositorio/Tesis/Grado/Ciencias%20de%20la%20Salud/Lic.%20en%20Enfermeria/2022/18%20TESIS%20ANTONIA%20PENAYO.pdf>

22. Corral C. Teorías y modelos conceptuales utilizados en el cuidado de enfermería de las personas con úlceras en extremidades inferiores: una scoping review. Tesis. Bogotá, D.C.

Colombia: universidad de ciencias ambientales y aplicadas, ciencias de la salud - enfermería. 2024; p. 16-24

<https://repository.udca.edu.co/server/api/core/bitstreams/fe9f5384-5c6f-4a49-87f0-9a6e9adaf289/content>

23. Reyes M, Moreno C, María de la Caridad. González C, Wagner. Casanova Moreno, Daimy. Historia de Dorothea Orem y sus aportes a las teorías de la enfermería. I Jornada de Secciones Provincial Capitulo Ciego de Ávila. Cuba 2023; p. 1-8.

<https://promociondeeventos.sld.cu/jornadaseccionesenfermeriasocuenfciego2023/files/2023/03/Historia-de-Dorothea-Orem-y-sus-aportes-a-las-teorias-de-la-enfermeria.pdf>

24. Lic. Gladis Patricia Aristizábal hoyos L. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Enfermería universitaria eneo-unam. 2011; 8(4): p. 16-21.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>

25. Organización mundial de la salud. [online], Ginebra; 2016. acceso 05 de octubre de 2024. disponible en:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204877/?jsessionid=f7b031774c24acc48b96980df36c807f?sequence=1>.

26. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles- Ministerio de Salud de la Nación. Guía de práctica clínica nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (dm2). Buenos Aires. 2021; p. 17-20.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-01/guia-nacional-practica-clinica-diabetes-mellitus-tipo2_version-abreviada.pdf

27. Fernández Arrojo J, Casado Verdejo I. Concientización facilitadora: alternativa al concepto tradicional de la motivación en el campo de la salud. 2021; p. 132-136.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1132-12962020000200007&lng=es&tlng=es

28. Cuenca, Ana María Cebrián. La insulina, un hito en la medicina. Artículo de revisión. Cartagena: centro de salud Cartagena casco antiguo. 2021; p. 126-130.

https://www.diabetespractica.com/files/1640004123.dp_12-4-02.pdf

29. Cases, Manel Mata. Tipos de insulina. diabetes práctica 2017. 2017; p. 5-8.

https://www.redgdps.org/gestor/upload/colecciones/1509468598.02_mata_sp-8-4.pdf

30. Dra. Vedilei A, Dr. Marante D. Insulina y otros agentes parenterales. Revista venezolana de endocrinología y metabolismo. 2012; 10: p. 65-72.

<https://ve.scielo.org/pdf/rvdem/v10s1/art10.pdf>

31. Revista de la sociedad argentina de diabetes. Suplemento xi jornadas nacionales de diabetes. Publicación. Buenos Aires. 2023; p. 6-7.

<https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/650/576>

32. Blanco Espínola C, Rolón, M, Anzoátegui Espínola R, & Neves de Souza Espínola, C. Cetoacidosis diabética en niños y adolescentes. Actualización en diagnóstico y tratamiento. Pediatría (Asunción); 2024 51(2), p. 127-139.

<https://doi.org/10.31698/ped.51022024008>

33. Feria Díaz G, Segué Larrea J, Leyva Proenza C, Hernández Batista S. Estado hiperosmolar hiperglucémico, revisión bibliográfica. Correo Científico Médico 29 2025; e5307-e5307.

<https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/5307>

34. Martínez N, Connelly C. A concept analysis. int j nurse sci. 2021; p. 418–425.

<https://doi.org/10.1016%2Fj.ijnss.2021.08.007>

35. Ortega Oviedo S, Berrocal Narváez N y Pacheco Torres V. Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tesis. Córdoba: Universidad de Córdoba. 2019; p. 20-23.

<https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1848/2253>

36. Valero Jaime A. Aspectos destacados del congreso mundial de diabetes de la federación internacional de diabetes (idf) 2022. Diabetes práctica. 2023; p. 30-34.

<https://www.diabetespractica.com/files/108/art5.pdf>

37. Gallegos F, Irene, Robles Hernández, Simanga I. Montes Mata J, Aguirre Chávez F. Más allá del control glucémico: beneficios de la actividad física en la calidad de vida de personas

con diabetes mellitus tipo 2: una revisión narrativa." Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación 53. 2024; p. 262-270.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9297213>

38. Vargas Ávila A, Sojo Padilla J, Campos Bonilla D. Retinopatía diabética. Revista Médica Sinergia, 2022, vol. 7(1), p. e750-e750.

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/750>

39. Ofman S, Taverna M, Dorina Stefani. Importancia de considerar los factores psicosociales en la diabetes mellitus tipo 2. Revisión bibliográfica. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Argentina. Consejo nacional de investigaciones científicas y técnicas (conicet). Instituto de investigaciones cardiológicas (ininca). 2019: p. 5-14.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubend/rce-2019/rce192j.pdf>

40. Bernabé López J, Grande Miguel J, López Cadena O, Arriaga Escamilla D, & Velázquez J. Diabetes tipo 2: una revisión sistemática. Latam revista latinoamericana de ciencias sociales y humanidades. 2023; p -5.

<https://doi.org/10.56712/latam.v4i5.1395>

41. Rodríguez Terán R. Importancia de la psicología de la salud en la atención primaria, promoción y prevención de la salud. educación y salud boletín científico instituto de ciencias de la salud universidad autónoma del Estado de Hidalgo. 2021; 10(19): p. 49-53.

<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/7669/8405>

42. Briones B, Narciza P. Rol de enfermería en la adherencia terapéutica y nutricional en paciente con diabetes mellitus en jipijapa. tesis. Jipijapa: Unesum. Instituto de postgrado. 2021; p -111.

<http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/7821>

43. Gómez Coello Vásquez V, Caza M, Jácome Sánchez E. Prevalencia de diabetes mellitus y sus complicaciones en adultos mayores en un centro de referencia. revista médica vozandes. 2020; 31(2): p. 49-55.

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2021/01/06_A0_06.pdf

44. Benedetti TRB, Rech CR, Cardoso FB, Portella M. Conocimientos y actitudes hacia la diabetes tipo 2 en personas mayores: un estudio poblacional. Cien Saude Colet. 2020; p -730.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.14662018>

45. Reynoso Vázquez J, Hernández Rivero E, Martínez Villamil M, Zamudio López Jennifer L, Islas Vega I, Pelcastre Neri A. Atención en casa: el apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hospital a domicilio. 2020; 4(4): p. 199-207.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152020000400004

46. Organización mundial de la salud. Informe sobre el seguimiento de los progresos en relación con las enfermedades no transmisibles 2020 [noncommunicable diseases progress monitor 2020]. Ginebra: organización mundial de la salud. p – 1.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240000490>

47. Organización mundial de la salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios. Ginebra. 2021; p - 32-46.

[chrome-](#)

<extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349729/9789240032194-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

48. Barreiro M. Hábitos alimentarios y trabajo rotativo. Tesis de grado. Mar Del Plata: facultad de ciencias médicas, licenciatura en nutrición. 2021; p - 72-77.

[chrome-](#)

extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/http://redi.ufasta.edu.ar/jspui/bitstream/123456789/1627/1/Barreiro_NU_2021.pdf

49. Carrero W, Gómez L & Corzo. Patrones alimenticios y turnos nocturnos en personal de salud de urgencias de un hospital universitario. Revista cuidado y ocupación humana. 2023; 11(2): p. 44-50.

<https://ojs.unipamplona.edu.co/index.php/coh/article/view/2492/3074>

50. López Escobara D, Enrique Moreno L, Salazara L, Cárdenas Becerrila B, Martínez Talavera E. Cultura del autocuidado en personas con diabetes mellitus, en una comunidad rural del estado de México. Salud y administración. 2021; 8(22): p. 3-14.

<https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/203/15>

51. Zambrano Zambrano, J. A, & Llor Sornoza, C. Estilo de vida en diabetes mellitus en la ciudadela Luis Bustamante. Revista investigación y educación en salud. 2025; 4(1): p. 237-246.

<https://revistas.unesum.edu.ec/salud/index.php/revista/article/view/86/158>

52. Dehvan, F, Dalvand S, Ausili D & Ghanei G. Autocuidado en pacientes iraníes con diabetes: una revisión sistemática y un metaanálisis. Irán. 2021; p -80-87.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751991820302497>

53. Edith s. Conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que ingresan al servicio de emergencia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen, año 2021. Tesis. Lima: universidad privada Norbert Wiener facultad de ciencias de la salud. 2021; 5-7.

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d8f5fa80-2392-488e-8a3b-6be08bc23756/content>

12 Anexos

12.1 Cuestionario de Microsoft Forms

Sea bienvenido, mediante la siguiente encuesta es invitado a realizar una autoevaluación frente al conocimiento y autocuidado en diabetes mellitus II. Su participación es sumamente valiosa para la planificación de actividades de capacitación en la institución y toma de conciencia. El presente trabajo se encuentra en el marco de la presentación del trabajo final como Licenciado en Enfermería. Al responder usted está consintiendo el uso de los datos obtenidos los cuales tendrán fines académicos, la encuesta es anónima e individual y no se asociará su nombre. En todos los casos solo habrá 1 (una) respuesta correcta.

Preguntas del cuestionario:

0- ¿Pertenece en forma activa al cuerpo institución? (pregunta filtro)

- a- No, soy familiar, retirado, civil.
- b- Situación de revista activa.

1- Edad

- a- 18 a 34 años
- b- 35 a 49 años
- c- 50 a 65 años

2- ¿Cuál es su grupo familiar?

- a- Vive solo
- b- Pareja / hijos
- c- Compañero de trabajo

3- ¿Qué tipo de servicio realiza en su destino?

- a- 24 x 48 hs.
- b- Tercio x 56 hs.

c- Diurno semanal

4- Formación académica

a- Primario/ secundario

b- Terciario / universitario

c- Posgrado

5- Si hay antecedentes de Diabetes Mellitus II en la familia, se considera:

a- Un factor de riesgo.

b- Transmisión genética.

c- Transmisible solo de la madre.

6- No realizar el tratamiento adecuadamente podría ocasionar:

a- Deterioro irreversible de la salud.

b- No interfiere en el curso de la enfermedad.

c- Podría ocasionar consecuencias.

7- ¿Considera que el automonitoreo glucémico es importante en el tratamiento de la diabetes?

a- Poco importante.

b- Si, permite detección y prevención de los picos de azúcar.

c- Es un pilar, Permite seguimiento, control y registro de los niveles para ajuste del tratamiento.

8- ¿Con qué frecuencia consulta a un médico diabetólogo?

a- 1 vez por año.

b- Cada 2 años.

c- Más de 2 años.

9- La diabetes mellitus II puede progresar por la incontrolada ingesta de:

a- Pan harina, refinados, gaseosas y golosinas.

b- Algunas frutas y verduras.

c- Pollo, carne roja, pescado, cerdo.

10- Responda frente a la afirmación: “La insulina es una célula que se encuentra en el hígado”.

d- La afirmación es correcta.

e- Incorrecto, es una hormona que se ingiere o se inyecta.

f- Respuesta B es parcialmente correcta, la produce nuestro organismo en el páncreas.

11- Los valores de glucosa en sangre normales son:

a- 100 a 170mg/dl.

b- 70 a 100 mg/dl.

c- 200 a 400mg/dl.

12- ¿Cuál/es considera pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes?

a- Alimentación, ejercicio, control glucémico/medicación y educación.

b- Hábitos saludables, medicación, insulina.

c- Análisis de sangre.

13- Las complicaciones más frecuentes de la diabetes son:

a- Disminución de la visión, dolor de cabeza, cansancio.

b- Problemas de circulación, Retardo de la cicatrización, infecciones frecuentes, presión alta, retinopatías.

c- Acides del estómago, mareos, vomito.

14- ¿Realiza ejercicio físico como ser caminata de 30 minutos, natación, gimnasio, otros?

a- 2 veces por semana.

b- 2 o 3 veces al mes.

d- Nada.

15- Si debe subir al tercer piso de un edificio por escaleras, considera que:

- a- Es una oportunidad para ejercitar.
- b- Es innecesario, si lo hubiera uso el ascensor.
- c- Mi condición me lo dificulta.

16- ¿Elige sus alimentos acordes a los nutrientes y cualidades que le aporta?

- a- Trato de hacerlo siempre que sea posible.
- b- Opto por alimentos con bajo aporte calórico.
- c- No lo tengo en cuenta, como lo que esté disponible en el momento.

17- ¿Utiliza cremas humectantes para el cuidado sus pies?

- a- Si con frecuencia.
- b- Nunca.
- c- Pocas veces.

18- Los síntomas más comunes de hipoglucemia son:

- a- Sensación de hormigueo, dolor muscular.
- d- Nauseas, visión borrosa, cansancio extremo.
- b- Debilidad, Piel pálida, sudoración, escalofríos, mareos, mucho sueño.

19- ¿Con que frecuencia inspecciona sus pies en busca de lesiones, hongos, resequedad inflamación?

- a- A diario.
- b- De vez en cuando.
- c- Nunca.

20- El pie diabético es una complicación frecuente por malas prácticas en el corte de uñas, heridas y resequedad. ¿Qué medidas preventivas debe realizar?

- a- Usar calzado adecuado, cremas con urea y acudir a un podólogo especialista con frecuencia.
- b- Corte recto después de ablandar en agua.

c- Sacar cutículas y cortar esquinas.

21- ¿Cómo definiría el grado de autoconocimiento que posee usted ante su enfermedad?

d- Muy Suficiente.

e- Escaso.

f- Intermedio.

22- ¿Acude a charlas informativas/talleres sobre enfermedades crónicas?

a- Si, con frecuencia.

b- No asistí a ninguna en más de 2 años.

c- Busco información constantemente en redes sociales e internet.

23- ¿Considera que la capacitación acerca de su enfermedad es importante?

a- Muy importante.

b- Poco importante.

c- No es significativo en mi tratamiento.

12.2 Tabla de valores dimensionales, escala de Likert.

Dimensión	Indicadores	Valores	
Cuantificar el conocimiento que tienen los pacientes sobre la diabetes II.	5,6,7,8,9,10, 11,12,13	Bueno 3 (19 – 27) Regular 2 (10 - 18) Malo 1 (1 - 9)	$3 \times 9 = 27$ $2 \times 9 = 18$ $1 \times 9 = 9$
Cuantificar la condición de autocuidado que tienen los pacientes con diabetes tipo II.	14,15,16,17, 18,19,20	Aceptable 3 (15 – 21) Poco aceptable 2 (8 – 14) No aceptable 1 (1 – 7)	$3 \times 7 = 21$ $2 \times 7 = 14$ $1 \times 7 = 7$
Identificar si los pacientes reciben capacitación.	21,22,23	Suficiente 3 (7 – 9) Medianamente suficiente 2 (4 – 6) Insuficiente 1 (1 – 3)	$3 \times 3 = 9$ $2 \times 3 = 6$ $1 \times 3 = 3$

12.3 Tablas de gráficos

Tabla de grafico N.º 1 Distribución de frecuencias según edad.

Etiquetas de fila	Cuenta de Edad
18 a 34 años	20,00%
35 a 49 años	31,00%
50 a 65 años	49,00%
Total general	100,00%

Tabla de grafico N.º 2 Distribución de frecuencias según el tipo de servicio que realiza.

Etiquetas de fila	Cuenta de ¿Qué tipo de servicio realiza en su destino?
24 x48 hs	29,00%
Diurno semanal	40,00%
Tercio x 56 hs	31,00%
Total general	100,00%

Tabla de grafico N.º 3 Distribución de frecuencias según grupo familiar

Etiquetas de fila	Cuenta de ¿Cuál es su grupo familiar?
Compañero de trabajo	34,00%
Pareja / hijos	39,00%
Vive solo	27,00%
Total general	100,00%

Tabla de grafico N. ° 4 Distribución de frecuencias según formación académica

Etiquetas de fila	Cuenta de Formación académica
Posgrado	24,00%
Primario/ secundario	11,00%
Terciario / universitario	65,00%
Total, general	100,00%

Tabla de grafico N. ° 5 Distribución de frecuencias según edad y conocimiento.

Cuenta de Cuantificar el conocimiento que tienen los pacientes sobre la diabetes II.	Etiquetas de columna		
Etiquetas de fila	BUENO	REGULAR	Total general
18 a 34 años	18,00%	2,00%	20,00%
35 a 49 años	20,00%	11,00%	31,00%
50 a 65 años	15,00%	34,00%	49,00%
Total general	53,00%	47,00%	100,00%

Tabla de grafico N. ° 6 Distribución de frecuencias según formación académica y conocimiento sobre la patología.

Cuenta de Cuantificar el conocimiento que tienen los pacientes sobre la diabetes II.	Etiquetas de columna		
Etiquetas de fila	BUENO	REGULAR	Total general
Posgrado	24,00%	0,00%	24,00%
Primario/ secundario	6,00%	5,00%	11,00%

Terciario / universitario	23,00%	42,00%	65,00%
Total general	53,00%	47,00%	100,00%

Tabla de grafico N.º 7 Distribución de frecuencias según conocimiento de la patología versus capacitación que reciben.

Cuenta de Identificar si los pacientes reciben capacitación.	Etiquetas de columna		
	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	SUFICIENTE	Total general
Bueno	29,00%	24,00%	53,00%
Regular	46,00%	1,00%	47,00%
Total, general	75,00%	25,00%	100,00%

Tabla de grafico N.º 7.a Distribución de frecuencias según conocimiento de la patología versus asistencias a charlas informativas y talleres sobre enfermedades crónicas

Suma de ¿Acude a charlas informativas/talleres sobre enfermedades crónicas?	Etiquetas de columna

Etiquetas de fila	No asistí a ninguna en más de 2 años (insuficiente)	Busco información constantemente en redes sociales e internet (medianamente suficiente)	Si, con frecuencia (suficiente)	Total, general
Bueno	14,18%	41,13%	8,51%	63,83%
Regular	30,50%	5,67%	0,00%	36,17%
Total general	44,68%	46,81%	8,51%	100,00 %

Tabla de grafico N. ° 8 Distribución de frecuencias según edad y condición de autocuidado

Cuenta de Cuantificar la condición de autocuidado que tienen los pacientes con diabetes tipo II.	Etiquetas de columna			
Etiquetas de fila	ACEPTABLE	NO ACEPTABLE	POCO ACEPTABLE	Total general
18 a 34 años	10,00%	0,00%	10,00%	20,00%
35 a 49 años	12,00%	0,00%	19,00%	31,00%
50 a 65 años	10,00%	1,00%	38,00%	49,00%
Total general	32,00%	1,00%	67,00%	100,00%

Tabla de grafico N. ° 9 Distribución de frecuencias según grupo familiar y condición de autocuidado.

Cuenta de Cuantificar la condición de autocuidado que tienen los pacientes con diabetes tipo II.	Etiquetas de columna			
Etiquetas de fila	ACEPTABLE	NO ACEPTABLE	POCO ACEPTABLE	Total general
Compañero de trabajo	15,00%	1,00%	18,00%	34,00%
Pareja / hijos	9,00%	0,00%	30,00%	39,00%
Vive solo	8,00%	0,00%	19,00%	27,00%
Total general	32,00%	1,00%	67,00%	100,00%

Tabla de grafico N. ° 10 Distribución de frecuencias según tipo de servicio y condición de autocuidado.

Etiquetas de columna			
ACEPTABLE	NO ACEPTABLE	POCO ACEPTABLE	Total general
7,00%	0,00%	22,00%	29,00%
20,00%	1,00%	19,00%	40,00%
5,00%	0,00%	26,00%	31,00%
32,00%	1,00%	67,00%	100,00%

Tabla de grafico N. ° 10.a Distribución de frecuencias según tipo de servicio versus actividad física.

Cuenta de ¿Qué tipo de servicio realiza en su destino?	Etiquetas de columna			
Etiquetas de fila	Nada	2 o 3 veces al mes	2 veces por semana	Total general
24 x48 hs	11,00%	15,00%	3,00%	29,00%
Diurno semanal	13,00%	20,00%	7,00%	40,00%
Tercio x 56 hs	15,00%	13,00%	3,00%	31,00%
Total general	39,00%	48,00%	13,00%	100,00%

Tabla de grafico N. ° 10.b Distribución de frecuencias según tipo de servicio versus elección de alimentos acorde a los nutrientes y cualidades que aportan.

Cuenta de ¿Qué tipo de servicio realiza en su destino?	Etiquetas de columna			
Etiquetas de fila	No lo tengo en cuenta, como lo que esté disponible en el momento	Trato de hacerlo siempre que sea posible	Opto por alimentos con bajo aporte calórico	Total general
24 x48 hs	15,00%	12,00%	2,00%	29,00%
Diurno semanal	18,00%	13,00%	9,00%	40,00%
Tercio x 56 hs	22,00%	8,00%	1,00%	31,00%
Total general	55,00%	33,00%	12,00%	100,00%

Tabla de grafico N. ° 11 Distribución de frecuencias según formación académica y condición de autocuidado.

Cuenta de Cuantificar la condición de autocuidado que tienen los pacientes con diabetes tipo II.	Etiquetas de columna			
Etiquetas de fila	ACEPTABLE	NO ACEPTABLE	POCO ACEPTABLE	Total general
Posgrado	16,00%	0,00%	8,00%	24,00%
Primario/ secundario	3,00%	1,00%	7,00%	11,00%
Terciario / universitario	13,00%	0,00%	52,00%	65,00%
Total general	32,00%	1,00%	67,00%	100,00%

Tabla de grafico N. ° 12 Distribución de frecuencias según la edad y capacitación que reciben.

Cuenta de Identificar si los pacientes reciben capacitación.	Etiquetas de columna		
Etiquetas de fila	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	SUFICIENTE	Total general
18 a 34 años	14,00%	6,00%	20,00%
35 a 49 años	20,00%	11,00%	31,00%
50 a 65 años	41,00%	8,00%	49,00%
Total general	75,00%	25,00%	100,00%

Tabla de grafico N. ° 13 Distribución de frecuencias según tipo de servicio y capacitación que recibe.

Cuenta de Identificar si los pacientes reciben capacitación.	Etiquetas de columna		
	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	SUFICIENTE	Total general
24 x48 hs	23,00%	6,00%	29,00%
Diurno semanal	26,00%	14,00%	40,00%
Tercio x 56 hs	26,00%	5,00%	31,00%
Total general	75,00%	25,00%	100,00%

Tabla de grafico N. ° 14 Distribución de frecuencias según capacitación que reciben versus condición de autocuidado.

Cuenta de Cuantificar la condición de autocuidado que tienen los pacientes con diabetes tipo II.	Etiquetas de columna			
	ACEPTABLE	NO ACEPTABLE	POCO ACEPTABLE	Total general
Medianamente suficiente	15,00%	1,00%	59,00%	75,00%
Suficiente	17,00%		8,00%	25,00%
Total general	32,00%	1,00%	67,00%	100,00%

Tabla de grafico N° 15 Distribución de frecuencias según condición de autocuidado versus conocimiento.

Cuenta de Valor de dimensión	Etiquetas de columna		
	BUENO	REGULAR	Total general
ACEPTABLE	29,00%	3,00%	32,00%
NO ACEPTABLE		1,00%	1,00%
POCO ACEPTABLE	24,00%	43,00%	67,00%
Total general	53,00%	47,00%	100,00%

Tabla de grafico N° 15.b Distribución de frecuencias según condición de autocuidado versus conocimiento básico de su fisiopatología (indicador N° 10)

Cuenta de Valor de dimensión 2	Etiquetas de columna			
	La afirmación es correcta	Incorrecto, es una hormona que se ingiere o se inyecta	Respuesta B es parcialmente correcta, la produce nuestro organismo en el páncreas	Total general
ACEPTABLE	3,00%	3,00%	26,00%	32,00%
NO ACEPTABLE	1,00%			1,00%
POCO ACEPTABLE	24,00%	29,00%	14,00%	67,00%
Total general	28,00%	32,00%	40,00%	100,00%

12.4 Solicitud de autorización a jefa del área



Buenos aires 21 de abril de 2025

A la Sra. Lic. Vanesa Gonzales.

JEFA DEL AREA ENFERMERIA DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD:

Me dirijo a usted con el objetivo de solicitar su aprobación para llevar a cabo un proyecto de investigación en el marco de la presentación final de carrera de licenciatura en enfermería en instituto Universidad Abierta Interamericana. El proyecto lleva como título ***“DETERMINANTES COGNITIVOS Y CONDICIONANTES DEL AUTOCUIDADO EN EFECTIVOS POLICIALES CON DIABETES MELLITUS TIPO DOS”*** la cual se pretende llevar a cabo en el personal de la institución que padece diabetes y que acude a la guardia medica durante el periodo abril a julio del corriente año. Dicha investigación requerirá la voluntariedad de los pacientes que participen previo consentimiento informado y estará bajo la dirección de la Dra. Miana Vanesa Verónica.

Sin otro particular la saludo muy atentamente.

Enf. Vallejos Abel Hernán

DNI: 36.989.663

Estudiante U.A.I

Autorizo	
SI	NO
Firma y sello:	

12.5 Solicitud de jefa de enfermería a superioridad vía GDE



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

Nota

Número: NO-2025-41350785-APN-SANI#PNA

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Martes 22 de Abril de 2025

Referencia: Solicitud de autorización

A: Mario Amadeo Fiorentino (SANI#PNA),

Con Copia A:

De mi mayor consideración:

AL SEÑOR JEFE DEL SERVICIO MÉDICO OPERACIONAL:

En virtud de lo requerido por el CICGCA DNI 36.989.663 Vallejos Hernan Abel, personal de Enfermería de la Guardia médica, en Nota con fecha 21 de Abril de 2025 adjunto como Archivo Embebido donde solicita permiso para llevar a cabo su proyecto de investigación en el marco de presentación final de tesis en la Universidad Abierta Interamericana mediante una encuesta al personal en actividad que ingresa al Área Guardia Médica y padece Diabetes, elevo a los fines de su autorización.

Sin otro particular saluda atte.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2025.04.22 08:17:37 -03:00

VANESA SOLEDAD GONZALEZ
Oficial Principal
Departamento Sanidad
Prefectura Naval Argentina

12.6 Aprobación de superioridad por GDE



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

Nota

Número: NO-2025-41647348-APN-SANI#PNA

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Martes 22 de Abril de 2025

Referencia: Autorizacion CICGCA DNI 36.989.663 VALLEJOS HERNAN ABEL.-

A: VANESA SOLEDAD GONZALEZ (SANI#PNA), Abel Hernan Vallejos (SANI#PNA),

Con Copia A:

De mi mayor consideración:

PREFECTURA NAVAL ARGENTINA

Autoridad Maritima

AL SEÑOR JEFE AREA ENFERMERIA:

En relación a la solicitud del CICGCA DNI 36.989.663 VALLEJOS HERNAN ABEL, de la dotación del Personal Subalterno de este Departamento, mediante Nota NO-2025-41350785-APN-SANI#PNA para llevar adelante encuesta al personal en actividad que ingresa al Área Guardia Médica y padece Diabetes, esta instancia considera que NO existen objeciones para autorizar al mencionado para realizar la misma.

Sin otro particular saluda atte.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2025.04.22 13:54:04 -03:00

Rafael Volpe
Prefecto Mayor
Departamento Sanidad
Prefectura Naval Argentina

12.7 Consentimiento informado



Fecha:

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio por lo que accedo a participar de la misma. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Firma del participante

Aclaración:

DNI:

Firma del investigador

Aclaración:

DNI:



DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, ABEL HERNAN VALLEJOS

DECLARO QUE:

La Tesis “***DETERMINANTES COGNITIVOS Y CONDICIONANTES DEL AUTOCUIDADO EN EFECTIVOS POLICIALES CON DIABETES MELLITUS TIPO DOS.***” previa a la obtención del Grado Académico de Licenciado, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico en mención.

BUENOS AIRES, 07/2025

EL AUTOR ABEL HERNAN VALLEJOS



AUTORIZACIÓN

YO, ABEL HERNAN VALLEJOS

Autorizo a la Universidad Abierta Interamericana, la publicación en la biblioteca de la institución de la Tesis de Licenciatura titulada: “***DETERMINANTES COGNITIVOS Y CONDICIONANTES DEL AUTOCUIDADO EN EFECTIVOS POLICIALES CON DIABETES MELLITUS TIPO DOS.***”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

BUENOS AIRES, 07/2025

EL AUTOR ABEL HERNAN VALLEJOS