



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

**Facultad de Ciencias Médicas.**

**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA GENERAL**

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Diabetes Mellitus en pacientes que asisten al programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino durante el mes de noviembre del año 2016

Integrantes:

- Br. María Magdalena Loaisiga Dávila
- Br. Katherine Zamira Cárcamo Jiménez

Tutora:

Dra. Adelina Barrera Lumbí

Msc. Salud publica

Managua, Septiembre del 2019.

## **Dedicatoria**

### **A Dios**

A nuestro padre creador por regalarnos la vida y la dicha de haber culminado con nuestra carrera, dándonos sabiduría y fortalezas durante todo este tiempo.

### **A nuestros padres**

Por la educación y el amor que incondicionalmente nos brindaron, gracias a ellos por su sacrificio y esfuerzo hoy estamos alcanzando un peldaño más en nuestras vidas por habernos apoyado en todo el transcurso de nuestra carrera, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos han permitido ser personas de bien y cumplir con nuestras metas propuestas. A quien le debemos todo en la vida, le agradecemos el cariño, la comprensión, la paciencia y el apoyo que nos brindaron para seguir y culminar nuestra carrera profesional.

### **A nuestra tutora**

Por su esfuerzo y dedicación, sus conocimientos, orientaciones, su persistencia, su paciencia, motivación, así como el tiempo prestado hacia nosotras.

### **A nuestros hermanos**

Por haberme apoyado en todo momento y haber formado parte de esta etapa en mi vida.

## **Agradecimiento**

A Dios por ser quien nos ha iluminado y dado la sabiduría a lo largo de toda esta hermosa carrera, a la dra Adelina Barrera por habernos guiado y brindado sus conocimientos, orientaciones y apoyo incondicional, para la realización de esta tesis monográfica; a nuestros padres, quienes nos han brindado todo su apoyo emocional y económico con amor y esmero; a nuestros amigos quienes nos han dado momentos de alegría dentro de las dificultades del día a día.

Agradecemos también al Centro de Salud Silvia Ferrufino por habernos permitido realizar nuestro estudio y a los pacientes del programa de dispensarizados por apoyarnos a la recolección de datos, ya que sin ellos esta tesis no hubiese sido completada.

## Resumen

Se realizó un estudio con el objetivo de conocer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la diabetes mellitus en pacientes que asisten al programa de dispensarizados del centro de salud Silvia Ferrufino en el período de noviembre del año 2016. Para tal efecto se realizó un estudio observacional, con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, de corte transversal a pacientes mayores de 30 años, con diagnóstico de Diabetes Mellitus atendidos en el programa, con un Universo de 400 pacientes de la cual se extrajo una muestra de 78 pacientes. Para la selección de los participantes se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple y se recolectó la información a través de la aplicación de una encuesta en el área de consulta externa, durante el período de noviembre del año 2016. Se concluyó que la diabetes predomina en el sexo femenino y entre las edades de 58 años a más; la ocupación de mayor relevancia es ser ama de casa y el predominio de nivel educativo es secundaria incompleta; con respecto al nivel de conocimiento en relación al concepto de diabetes, forma de ingerir el tratamiento farmacológico y la manera de cómo realizar el tratamiento no farmacológico la mayoría de la población en estudio logró obtener buenos conocimientos; la fuente de obtención de información más utilizada por los pacientes es la televisión seguida de las orientaciones brindadas por el personal de salud; las actitudes para la mayoría de los participantes en este estudio fueron positivas; las prácticas encontradas en los pacientes en cuanto a su control, toma de medicamentos, alimentación y actividad física se catalogan como buenas. En relación a los conocimientos sobre la diabetes, ingesta de alcohol y consumo de tabaco, los pacientes muestran un buen nivel de conocimiento según su escolaridad; la predisposición de dejar a un lado el consumo de alcohol y tabaco muestra actitudes que permiten englobarlas como positivas y así mismo se observan buenas prácticas realizadas en su mayoría.

Se recomendó a la unidad de salud, implementar campañas de integración donde se facilite consultas de calidad a los pacientes, realizar capacitaciones constantes al personal sobre educación diabetológica, continuar con el uso de material didáctico en donde se refleje información breve, fácil, ilustrativa y precisa; promover grupos de autoayuda, para que se

unan nuevos pacientes crónicos y población en general; dar charlas que sean interactivas, para que así el paciente no solamente sea receptor de la información, sino también emisor y logre expresar sus dudas e inquietudes y el personal de salud logre dar salida a estas.

A los pacientes, integrarse a clubes de diabetes en donde participen y compartan con otros pacientes con igual condición de salud sus experiencias positivas y formas de enfrentar los obstáculos respecto a la realización de actividades físicas, practicas alimentarias nutricional saludable acorde a sus recursos económicos y así lograr una mejor calidad de vida; crear ferias informativas donde se promueva el cambio en los estilos de vida de los pacientes, asistir a consulta mensualmente y cumplir con las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas que le ofrece el personal de salud.

Introducción .....	1
Antecedentes .....	3
Justificación.....	5
Planteamiento del problema .....	7
Objetivo General: .....	8
Objetivo específicos: .....	8
Marco teórico .....	9
Definición.....	9
Epidemiología .....	9
Aspectos sociodemográficos .....	11
Generalidades .....	12
Conocimientos, actitudes y prácticas .....	18
Conocimiento .....	18
Fuentes de obtención de información.....	19
Actitud.....	20
Prácticas .....	22
Diseño Metodológico .....	24
Tipo de estudio.....	24
Área de estudio.....	24
Universo .....	24
Muestra.....	24
Criterios de inclusión .....	25
Criterios de exclusión.....	25
Unidad de análisis .....	25
Fuente de información.....	25
Lista de variables por objetivos.....	25
Listado de variables: .....	26
Operacionalización de las variables .....	27
Método, técnica e instrumento de recolección de la información .....	32
Procesamiento y análisis de la información .....	33
Plan de análisis.....	35
Marco ético legal.....	36

Resultados .....	37
Discusión y análisis de los resultados. ....	41
Conclusiones .....	44
Recomendaciones.....	45
Bibliografía .....	47

## Introducción

La diabetes mellitus es una compleja enfermedad metabólica en la que el organismo afectado no es capaz de procesar la glucosa aportada por los alimentos, ocasionado por bajas concentraciones de insulina en sangre o la resistencia en los tejidos periféricos. Por ello los niveles sanguíneos de glucosa se elevan por encima de los límites fisiológicos, con la consiguiente manifestación de síntomas de mayor o menor gravedad.

A nivel mundial se considera la enfermedad metabólica más frecuente, afectando a más de 371 millones de personas, según las actualizaciones de la Federación Internacional de Diabetes. En Latinoamérica se espera un aumento de pacientes con diabetes mellitus y con respecto al sexo la prevalencia es ligeramente mayor en el sexo femenino que en el masculino.

En Nicaragua según el Ministerio de Salud en 1999 el número de pacientes con diabetes mellitus era de 3,418 de los cuales 769 fallecieron y de éstos 86.6% eran mayores de 50 años. En el año 2000 el total de casos fue de 3844 pacientes, produciéndose un incremento de 12.4% en relación al año anterior, falleciendo 697, el 86.8% mayores de 50 años. En la actualidad aproximadamente medio millón de personas padecen de diabetes en Nicaragua, y de seguir con este ritmo, en los próximos veinticinco años, uno de cada cinco habitantes se verá afectados por esta epidemia, según la Federación Nicaragüense para la Diabetes (Medina, 2015).

La diabetes es una enfermedad crónica, actualmente incurable y generalmente evolutiva. Más que una entidad única, la diabetes es un grupo de procesos con causas múltiples, que además afecta la psicología del enfermo. Sin embargo, puede ser abordada con un tratamiento constante, que permite al paciente una vida plena. Si la diabetes no es controlada adecuadamente, puede llevar a serias complicaciones.

La educación sobre la diabetes es considerada como base fundamental para el manejo de la enfermedad que tiene como principal objetivo que el paciente comprenda el porqué de sus cuidados, que lo motiven a modificar sus comportamientos e integrarlo como elemento



activo del manejo de la diabetes. El paciente debe recibir instrucción y motivación en el automanejo de los diferentes elementos del tratamiento, sobre la prevención y abordaje de las complicaciones agudas y crónicas.

Esta educación sobre la enfermedad comienza a instaurarse desde hace 100 años, cuando el Dr. Eliot empezó a preocuparse por los pacientes con diabetes y por sus familiares. Señalaba en 1918 que “el diabético que más sabe es el que más vive” (Gregori, 2013). En ese entonces la educación no estaba integrada en el tratamiento de la diabetes. También afirmó, en el mismo año, que “la educación no es una parte del tratamiento, es el tratamiento mismo”.

En los últimos decenios la educación sobre la diabetes ha alcanzado una amplia aceptación, por ello en 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que “La educación es piedra angular del tratamiento de la diabetes y vital para la integración del diabético y la sociedad” (Rodríguez, 2019).

## Antecedentes

En el año 2010, entre enero y junio, se realizó un estudio descriptivo acerca de “Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con diabetes mellitus que asisten al consultorio médico policlínico docente del municipio Cienfuegos-Cuba”. De la investigación se obtuvieron los siguientes resultados: el sexo femenino predominó sobre el masculino, el mayor número de pacientes tenía entre 5 y 10 años de evolución de la enfermedad, la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica son las enfermedades crónicas más asociadas y la polineuropatía la complicación crónica más frecuente. Se concluye que los pacientes diabéticos necesitan un trabajo educativo sostenido para lograr mayores conocimientos de su enfermedad y vivir mejor con ella (Sanchez, 2010).

En el año 2011 en la ciudad de Cuenca, España se realizó un estudio descriptivo sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que asisten a la fundación DONUM (Solidaridad para la autogestión y el desarrollo)”. Mediante esta investigación se identificó que el 20% de los pacientes, desconocen los cuidados y complicaciones de la diabetes mellitus, lo cual influye directamente en la evolución de la enfermedad. Se concluye que los pacientes diabéticos que asisten a la fundación, tienen un alto déficit de conocimiento, por lo que es de gran importancia realizar charlas educativas con más frecuencias (Tenezaca, 2011).

En el año 2011, en la ciudad de Lima-Perú, se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas de la diabetes mellitus tipo 2 en los trabajadores mayores de 35 años de los centros de aplicación Productos Unión y Editorial Imprenta Unión de la universidad Peruana Unión-Lima”. En esta investigación se concluye que el nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas de la diabetes mellitus tipo 2, fueron en su mayoría favorables (Huaccha, 2011).

En el año 2014, en la ciudad de Cuenca, se realizó un estudio descriptivo sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asistieron a consulta en la fundación DONUM (Solidaridad para la autogestión y el desarrollo) entre marzo-junio 2014”. Se concluye que el nivel de conocimientos de este

grupo de estudio es bajo, pero presentaban buenas prácticas en un 80%, gracias a la consejería recibida. Y las actitudes ante la enfermedad fueron buenas (Loayza, 2014).

En el año 2009, se realizó un estudio descriptivo sobre “conocimiento, actitudes y prácticas sobre Diabetes en comerciantes del Mercado Municipal de Masaya Agosto – Diciembre”; del cual se obtuvo la siguiente conclusión: existe relación entre el nivel de conocimientos y la práctica de estilo de vida del paciente con diabetes mellitus, de manera que a mayor nivel de conocimientos, mejor estilo de vida (Castrillón Estrada, 2009).

En el año 2012, se realizó un estudio de tipo descriptivo-transversal, sobre “conocimiento, actitudes y prácticas acerca de Diabetes mellitus tipo 2 en el centro de salud de villa libertad entre agosto-septiembre”, en el cual se obtuvieron las siguientes conclusiones: en cuanto al nivel de conocimiento un 60% presentaron conocimientos inadecuados, al valorar el nivel de actitud se puede mencionar que la mayoría presenta una actitud negativa ante su enfermedad y en cuanto a prácticas, un bajo porcentaje realizaba actividad física (Cuadra & Palma, 2012).

En el año 2014, en el Hospital Regional Asunción Juigalpa, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la diabetes mellitus en pacientes que son atendidos en la consulta externa. De los resultados obtenidos se concluyó que con respecto a los conocimientos básicos, actitudes y practicas los pacientes tenían un buen nivel de conocimiento; en las personas de mayor edad, las amas de casa y las personas que no trabajan, la actitud se vuelve más favorable (Fletes, 2014).

En el año 2016 se realizó un estudio de tipo descriptivo-observacional sobre “conocimiento, actitudes y prácticas acerca de Diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el hospital Gaspar García Laviana”. En el cual se llegó a los siguientes resultados: la media de conocimiento es de 56%, lo que indica un conocimiento inadecuado o intermedio como grupo de población. Los pacientes con historia clínica de menor gravedad, tienen menor nivel de conocimiento, es decir que la atención se centró en la población de alto riesgo (Ojeda, 2016).

## Justificación

Actualmente existen 382 millones de personas que viven con diabetes. El 80% de las personas con diabetes viven en países de ingresos medios y bajos. El panorama es igualmente preocupante en América Central y del Sur, donde se prevé que la población con diabetes aumente en un 60% en el año 2035. Para el 2015, se calculó que en Nicaragua había 345,100 casos de diabetes de 20 a 79 años y 98,920 casos no diagnosticados de diabetes con una prevalencia de 10.32%. Existen 3,166.62 muertes relacionadas con la diabetes entre las edades de 20-79 años y se estipula un gasto sanitario medio de U\$ 221.23 (dólares estadounidense) por persona diabética (Guariguata, Nolan, Beagley, & Hirst, 2013).

El tratamiento de la diabetes es complejo y multidisciplinario, incluye abordaje farmacológico y no farmacológico, de ello depende que el paciente mantenga valores normales de glicemia. Para lograr el éxito del tratamiento se necesita de ambos, tanto de la realización de actividad física y dieta balanceada, como de los fármacos que utilizan diariamente, los cuales erogan grandes costos, no solamente para el paciente, sino también para el sistema de salud. Por ende, es importante la prevención de la misma, o bien una vez diagnosticada, es vital brindarle al paciente la información necesaria de la enfermedad.

Por tal motivo al evaluar el grado de conocimiento, actitudes y prácticas que predominan en los pacientes diabéticos que asisten al grupo de dispensarizados, se podrá conocer por qué aun con programas educativos que se realizan a través de charlas y murales, los pacientes siguen presentado limitaciones en sus conocimientos sobre la diabetes mellitus; lo que conlleva a que no cumplan con las practicas sugeridas en el abordaje no farmacológico, como es el ejercicio físico y la dieta balanceada.

Los resultados obtenidos en esta investigación serán útiles para plantear nuevas estrategias y acciones concretas que involucren al paciente de una forma dinámica, innovadora y creativa.

Considerando los resultados de esta investigación, se propondrá un plan de actividades que incluya actividad física de tipo aeróbico y cardiovascular organizados en grupos de autoayuda, además, la realización de encuentros y procesos reflexivos, en donde cada

paciente pueda compartir su experiencia con la enfermedad y así mismo proponer opciones de dieta que puedan ser factibles de realizar con los recursos disponibles en sus hogares, a través de demostraciones y de forma escrita en trípticos, afiches, etc.

Con dichas estrategias se podrá abordar la resistencia que existe por parte de los pacientes para seguir estas prácticas y por lo tanto mejorar la calidad de vida de los mismos, a la vez contribuir a disminuir gastos monetarios en el sector salud, así como en las familias, ya que se reduciría la posibilidad de evolucionar a complicaciones y habría un menor número de hospitalizaciones.

## Planteamiento del problema

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas que afecta con mayor frecuencia a nivel mundial. Según cifras de OMS (Organización Mundial de la Salud) se ha incrementado de forma rápida en los últimos 30 años. Además, de que esta problemática requiere de tratamiento farmacológico y educación, en cuanto a su proceso y cuidado.

Los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes, han permitido conocer el nivel educativo que tiene el paciente acerca de su enfermedad, para que en base a ello se realicen intervenciones que permitan mejorar la calidad de vida. Sin embargo, aun con las estrategias que el sistema de salud ha desarrollado, la cual incluye charlas, murales, ferias educativas, etc., los pacientes diabéticos que asisten al Centro de Salud Silvia Ferrufino, carecen de suficientes conocimientos y prácticas adecuadas que les permita vivir con calidad, prevenir las complicaciones y prolongar su vida. Esta problemática ha generado grandes costos tanto para el paciente como para el sistema de salud ya que existe una mayor asistencia a sala de emergencia por descompensación y mayor número de traslados a centros hospitalarios por complicaciones; lo que conlleva a plantear la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la diabetes mellitus en pacientes que asisten al programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino durante el mes de noviembre del año 2016?

### **Objetivo General:**

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la diabetes mellitus en pacientes que asisten al programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino durante el mes de noviembre del año 2016.

### **Objetivo específicos:**

1. Describir las características sociodemográficas del grupo en estudio.
2. Identificar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre la diabetes mellitus.
3. Identificar las fuentes de obtención de información utilizados por los pacientes en estudio.
4. Valorar las actitudes de la población en estudio respecto a la alimentación y ejercicio físico.
5. Determinar las prácticas que realizan los pacientes con diabetes mellitus.

## Marco teórico

### Definición

El término diabetes mellitus 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 (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2013).

### Epidemiología

El primer informe global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre esta enfermedad crónica señala que el número de adultos que padecen diabetes se ha cuadruplicado desde 1980 hasta unos 422 millones en el mundo, debido a la obesidad. Esta enfermedad afecta al 8,5% de los adultos, es decir dos veces más que en 1980, debido al aumento de los factores de riesgo, como el sobrepeso y la obesidad.

En el 2012, fallecieron por diabetes 1,5 millones de personas en el mundo, a lo que hay que añadir 2,2 millones de fallecimientos causados por enfermedades relacionadas con ella, o sea un total de 3,7 millones. La prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014, la prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos.

El estudio de la OMS (Organización Mundial de la Salud) afirma que la diabetes y sus complicaciones “conllevan importantes pérdidas económicas para las personas que la padecen y sus familias, así como para los sistemas de salud y las economías nacionales por los costos médicos directos y la pérdida de trabajo y sueldos” (OMS, 2016).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) insta a los países a insistir en la necesidad de “desalentar el consumo de alimentos malsanos, como los refrescos azucarados” y de fomentar la práctica de una actividad física regular.

El doctor José Salinas Andrade, especialista en pie diabético explicó que es importante que la gente se preocupe y deje de consumir comida chatarra o con alto contenido de grasa que lleva a la obesidad y por ende más propensos a padecer de diabetes.



Nicaragua tiene uno de los niveles más bajos de prevalencia de la diabetes, situándose en el cuarto puesto respecto a los países centroamericanos, según el informe “Perfil de los países para la diabetes, 2016” realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pero entre el primero y el sexto lugar hay una diferencia de apenas 1.5 puntos porcentuales, señala el informe de la OMS.

Tomando en cuenta que el índice de prevalencia en Nicaragua es del 8.1%, se estaría estableciendo entonces que existen 492,264 personas con diabetes, tomando en cuenta que existe una población de 6,082 millones.

En la región, en primer lugar se ubica Panamá, con el 9% de su población sufriendo diabetes; seguido por El Salvador, con 8.8%; Costa Rica con 8.5%; Nicaragua, con 8.1%; Guatemala con el 7.5%; y Honduras con 7.2%.

De acuerdo con el perfil regional realizado por la OMS, la diabetes es la quinta causa de muerte en Nicaragua, estando en primer lugar las enfermedades cardiovasculares; seguido por las enfermedades no transmisibles; las afecciones transmisibles, maternas, perinatales y carencias nutricionales.

El informe también indica que la diabetes ha producido 880 muertes en personas entre los 30 a 69 años, siendo 460 mujeres y 420 varones. En el caso de las muertes entre los 70 años a más, son 730 las víctimas, con una alta predominancia en las mujeres, de las que se tiene un censo de 450 y 280 de varones.

Acerca de los factores de riesgo que podrían producir diabetes, la OMS determinó que tanto la obesidad como el sobrepeso se ubican en los primeros puestos, con el 50.4% tanto en hombres y mujeres, mientras que por la falta de actividad física, también considerada dentro de las causas de la enfermedad, en Nicaragua, no se tienen datos a diferencia de los otros países de Centroamérica.

“Es alarmante la cifra de obesidad y sobrepeso que existe en nuestro país porque revela que más de la mitad de la población tiene un riesgo importante de esta enfermedad, aunque esto no es de extrañarse porque por ejemplo en las zonas urbanas es más fácil encontrar en la venta una gaseosa que un litro de leche. Estos datos también revelan que no existe un

estudio de actividad física en nuestro país, este es un dato importante porque la inactividad es un factor de riesgo importante en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles” Dr Medina-Presidente de la Fundación Nicaragüense para la Diabetes.

El presidente de la Fundación Nicaragüense para la Diabetes expresó que si la población no empieza a hacer un cambio tanto en su dieta como de actitudes frente al ejercicio, la tendencia es que los pacientes con diabetes serán muchos más, al punto que dentro de unos 25 años una cuarta parte de la población la padecerá.

“En las unidades de salud a veces puede haber problemas de abastecimiento de medicamentos con retraso, pero al final se cumplen, pero el problema no es el abastecimiento, sino también la educación del paciente, a éste hay que crearle un ambiente que le permita tener un mejor control de su enfermedad, el entorno familiar también es importante como es necesario también motivarlo para hacer actividad física, darle los conceptos básicos de alimentación, por eso enfocarse en el medicamento es un error... una sesión de rayos láser para tratamiento de retinopatía diabética cuesta alrededor de 150 dólares, si el paciente diabético padece del riñón tendrán que someterse a una hemodiálisis, que cuesta 150 dólares y debe repetirla de tres a cuatro veces hasta terminar en un trasplante de riñón, de ahí la importancia del cuidado”, Dr Medina-Presidente de la Fundación Nicaragüense para la Diabetes.

### **Aspectos sociodemográficos**

En Nicaragua la tendencia descrita para la diabetes mellitus es afectar edades más tempranas (15 a 34 años) y edades productivas (35 a 49 años). En cuanto a las consultas por diabetes, 10.7% entre 15 y 34 años, 23.2% entre 35 y 49, 38.6% entre 50 a 64 años y 25.6 % para 65 y más años, esto repercutirá en pérdidas de años-vida, así como de días laborables (Quiroz, 2015).

Hay una pequeña diferencia entre sexos en el número global de personas con diabetes en 2013 o 2035. Hay alrededor de 14 millones más de hombres que de mujeres con diabetes (198 millones de hombres frente a 184 millones de mujeres). Sin embargo, se espera que esta diferencia aumente hasta 15 millones (305 millones de hombres frente a 288 millones de mujeres) en 2035 (Guariguata, Nolan, Beagley, & Hirst, 2013).

Hay más personas con diabetes viviendo en zonas urbanas (246 millones) que en zonas rurales (136 millones), aunque las cifras de las zonas rurales aumentan. En los países de ingresos medios y bajos, el número de personas con diabetes en el área urbana es de 181 millones, mientras que 122 millones viven en zonas rurales. Para el año 2035 se espera que la diferencia aumente con 347 millones de personas en zonas urbanas y 145 millones en zonas rurales (Guariguata, Nolan, Beagley, & Hirst, 2013).

En cuanto a la ocupación, en relación a la situación laboral más de la tercera parte estaban desempleados. Según la Encuesta Multinacional de Diabetes e Hipertensión y sus factores de riesgos que incluyó a la población de Managua, el 54.8% de los encuestados están sin ocupación (Quiroz, 2015).

La relación entre el grado de escolaridad y el conocimiento alcanzado por los pacientes es tratado en diferentes estudios, en los que se plantea que el nivel bajo de escolaridad puede limitar el acceso a la información, debido al posible compromiso de las habilidades de lectura, escritura, comprensión o del habla, condición que puede reducir el acceso a las oportunidades de aprendizaje relacionada con el cuidado a la salud. Según el estudio de prevalencia y observacional (Delgado, 2009).

## **Generalidades**

### **-Clasificación**

Según las guías de la Asociación Latino América de la Diabetes la clasificación de la Diabetes Mellitus se contempla cuatro grupos:

#### 1) Diabetes tipo 1

En la diabetes tipo 1 las células beta se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulino terapia es necesaria para que el paciente sobreviva. Sin embargo, existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta.

## 2) Diabetes tipo 2 (DM2)

La diabetes tipo 2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante.

Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentando en niños y adolescentes obesos.

## 3) Diabetes gestacional (DMG)

La diabetes mellitus gestacional constituye el tercer grupo.

## 4) Otros tipos específicos de diabetes

- a. Defectos genéticos en la función de las células beta
- b. Enfermedades del páncreas exocrino
- c. Endocrinopatías
- d. Inducida por medicamentos o agentes químicos

## -Factores de riesgo

Existen factores de riesgo que han sido vinculados a la presencia de diabetes, y por ello se recomienda la búsqueda de casos con base en criterios clínicos y demográficos.

### *Modificables*

- Obesidad  $IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$
- Inactividad física o sedentarismo
- Hipertensión arterial  $\geq 140/90 \text{ mmHg}$
- Glicemia en ayuna mayor a  $126 \text{ mg/dl}$
- Tabaquismo
- Triglicéridos mayor o igual de  $250 \text{ mg/dl}$  y/o HDL menor de  $35 \text{ mg/dl}$

- Presencia de enfermedad coronaria
- Síndrome de ovarios poliquísticos

### **No modificables**

- Edad: mayor de 45 años
- Grupos étnicos/razas de riesgo: afroamericanos, latinos, nativos americanos, asioamericanos, islas pacífico.
- Historia familiar de diabetes en primer grado de consanguinidad.
- Historia de diabetes gestacional, o productos macrosómicos (> de 9 lbs).

### **Métodos diagnósticos**

a) Síntomas de diabetes + glucosa plasmática venosa casual  $\geq$  o igual a 200 mg/dl. La glucosa plasmática casual se refiere a una medición en cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.

b) GPA (Glucosa Plasmática en Ayuna) en plasma venoso  $\geq$  o igual a 126 mg/dl. Glucosa en ayuna se define como un periodo sin ingesta calórica de al menos ocho horas, se permite solo la ingesta de agua.

c) PTOG (Prueba de Tolerancia Oral de la Glucosa). Glucosa en plasma venoso  $\leq$  o igual a 200 mg/dl 2 horas posterior a la ingesta 75 gr de glucosa  $\geq$  o igual a 200 mg/dl. (MINSA, Protocolo de atención de la Diabetes Mellitus, Diciembre 2011).

d) HbAc (Hemoglobina Glucosilada)  $\geq$  o igual a 6.5% , estandarizado al Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) y certificado por National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP).

### **Tratamiento**

De clasificar como diabetes se les debe aplicar protocolo de atención para la evaluación y seguimiento. Para el tratamiento se debe de recomendar los cambios en el estilo de vida e iniciar tratamiento de acuerdo a la normartiva 081.

## Tratamiento no Farmacológico

Dentro de este tipo de tratamiento se incluirá ítems tales como la información completa, certera y de forma sencilla sobre lo que es la diabetes, la importancia del cambio del estilo de vida, así como la disposición de la persona.

### *Cambios en el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus*

Debe considerarse la piedra angular para disminuir el riesgo de progresión de la enfermedad y disminuir el riesgo de enfermedad macro-vascular y micro-vascular. Las modificaciones en los estilos de vida se recomiendan para todas las edades, pero la prescripción debe hacerse con bases individuales. Las probabilidades de éxito se aumentan con: automonitoreo del paciente, incrementos de metas realistas, apoyo social y familiar y reforzamiento adecuado.

**1. Abandono de tabaco:** Es indispensable que toda persona con diabetes evite o suprima el hábito de fumar (ALAD, 2014). Los efectos del tabaco están asociados con el desarrollo y progresión de las complicaciones macrovasculares y microvasculares en pacientes con diabetes, dado que la nicotina puede disminuir la sensibilidad a insulina actuando sobre el sustrato del receptor de insulina provocando insulinoresistencia.

**2. Pérdida de peso:** Se debe alentar la pérdida de 5%-10% del peso corporal. El mantenimiento de la pérdida de peso debe enfocarse como un objetivo a largo plazo.

**3. Actividad Física:** Se considera como actividad física todo movimiento corporal originado en contracciones musculares que genere gasto calórico. (MINSAs, Protocolo de atención de la Diabetes Mellitus, Diciembre 2011) .

Las personas con DM deben recibir consejo para realizar al menos 150 min/semana de actividad física aeróbica moderada-intensa (50-70 % de la frecuencia cardíaca máxima), por lo menos tres días a la semana y sin más de dos días consecutivos sin ejercicio.

En ausencia de contraindicaciones, se debería animar a las personas con diabetes Mellitus 2 a realizar ejercicios de resistencia tres veces por semana.

El ejercicio es una parte importante del plan de tratamiento de la Diabetes Mellitus 2. El ejercicio regular ha demostrado mejoría del control de glucemia y contribuye a la pérdida de peso y mejora la sensación de bienestar.

Además, el ejercicio regular puede prevenir la Diabetes Mellitus 2 en personas de alto riesgo. Guías americanas de ejercicio físico sugieren que los adultos mayores de 18 años realicen 150 minutos/semana de ejercicio de intensidad moderada o 75 minutos/semana de actividad aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de los dos.

Pero se debe recomendar a los pacientes de alto riesgo comenzar con períodos cortos de ejercicio y de intensidad baja para después poder ir aumentando la intensidad y la duración de los mismos. Se debería evaluar al paciente para descartar alguna complicación que contraindique el ejercicio, como Hipertensión arterial no controlada, neuropatía autonómica severa, neuropatía periférica severa o antecedentes de lesiones en pies o retinopatía proliferativa inestable (ALAD, 2014).

**4. Nutrición:** El manejo nutricional debe incluir restricción calórica, incrementos en el consumo de fibra, disminución del consumo de sal y de grasa saturada.

El plan de alimentación es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes. No es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación, por tanto esta debe ser:

- Personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica (embarazo, etcétera), actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.
- Debe ser fraccionado. Los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación o merienda, almuerzo, colación o merienda, comida o cena y colación nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche).

- Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios. Es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo. Las bebidas energéticas contienen azúcar, por lo tanto no se recomiendan.

- Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble. Dietas con alto contenido de fibra especialmente soluble (50 g/ día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos (ALAD, 2014).

**5. Alcohol:** El consumo de alcohol nunca se debe recomendar a personas con diabetes. Se debe limitar su consumo a una cantidad moderada (una bebida al día o menos para las mujeres adultas y dos bebidas al día o menos para los hombres adultos). El consumo de alcohol puede aumentar el riesgo de hipoglucemia, sobre todo si el paciente está en tratamiento con insulina. Se debe garantizar la educación en cuanto al reconocimiento y manejo de hipoglucemias (González R. I., 2014).

### Tratamiento farmacológico

✓ Insulina:

La decisión de un esquema de tratamiento depende de los requerimientos individuales, de la dieta y la actividad física. Los requerimientos de insulina dependen de los valores de glucemia y la presencia de factores hiperglucemiantes.

✓ Hipoglicemiantes Orales:

a) Biguanida: La metformina es la única biguanida disponible y se debe considerar como el hipoglicemiante oral de primera línea en todas las personas con DM tipo 2 y en particular en aquellos con sobrepeso clínicamente significativo (IMC mayor de 27 Kg/m<sup>2</sup>).

b) Sulfonilureas: Las sulfonilureas se pueden considerar como hipoglicemiante orales de primera línea en personas con peso normal o que tengan contraindicaciones a la metformina.



✓ Terapia combinada: Insulina más Hipoglucemiantes orales

1. La terapia combinada de insulina + metformina en pacientes manejados con insulino terapia previa mejora el control glucémico, el colesterol total y reduce los requerimientos de insulina. Sin embargo, no logra el control metabólico óptimo. No se encontraron estudios clínicos donde inicialmente fallaran al tratamiento con metformina y posteriormente se agregara insulina NPH (MINSA, Protocolo de atención de la Diabetes Mellitus, Diciembre 2011).

## Conocimientos, actitudes y prácticas

### Conocimiento

El término conocimiento se usa en el sentido de hecho, información y concepto; pero también como comprensión y análisis. Sin embargo, el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda a las actitudes, creencias y prácticas.

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica, asociada al desarrollo de complicaciones irreversibles y aun mortales con notable afectación de la calidad de vida si el tratamiento es inadecuado. Una condición básica para que lo sea es que el paciente se adhiera al mismo, lo que solo puede conseguirse si el paciente interioriza lo que significa ser portador de la enfermedad, las potenciales complicaciones a las que está expuesto y entiende la racionalidad y riesgos del tratamiento. Para lograr todo esto se necesita que el paciente tenga conocimientos adecuados sobre la enfermedad.

La educación al paciente acerca de cambios del estilo de vida, medicamentos y complicaciones potenciales por el descontrol metabólico, debe ser individualizada y de acuerdo con su capacidad para entender la información y su nivel de interés, para que pueda coadyuvar al tratamiento y control, y evitar complicaciones desagradables que afecten su calidad de vida.

La aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus son los principales determinantes de importancia como problema de salud y de la mayor parte de los costes sanitarios y sociales.

Por lo anterior, en las recomendaciones de los últimos años de la American Diabetes Association, además de establecer estrictos criterios de control glucémico basados en las cifras de hemoglobina glucosilada, en los valores deseables de control de presión arterial, del perfil lipídico y cese de alcohol y tabaquismo, entre los objetivos principales en el cuidado de esta alteración, resalta la educación precoz del enfermo y de su familia, mediante el cumplimiento de un programa estandarizado. En dicho programa se establece que la primera fase de este proceso debe consistir en el estudio y valoración de la demanda educativa de la población.

De su nivel de comprensión, motivación y destrezas prácticas para afrontar las exigencias del auto-cuidado diario, dependerá el éxito o fracaso de cualquier indicación terapéutica. Todo contacto con el paciente tiene entonces un objetivo educativo, ya sea explícito o implícito, por lo que la diabetología de finales de siglo asumió la idea clara de que no existe tratamiento eficaz de la diabetes sin educación y entrenamiento de su portador.

La educación deviene así piedra angular de la atención integral de las personas con diabetes mellitus y debe desarrollarse de manera efectiva en todos los servicios de salud.

### **Fuentes de obtención de información**

La fuente de información tiene la capacidad de motivar y mantener el interés del paciente con diabetes de manera que este forme parte activa del tratamiento y se logren resultados satisfactorios. Asimismo, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (aparatos electrónicos y audiovisuales como teléfonos móviles) se vienen incluyendo en la práctica de la salud, las cuales tienen el potencial de mejorar el acceso a la asistencia sanitaria, el intercambio de información y el manejo del paciente de forma individual y colectiva para grupos en edad avanzada.

La fuente de donde se obtiene la información sobre la enfermedad está asociada a conductas preventivas y terapéuticas, de manera de que si la fuente brinda información certera, las conductas preventivas y las terapéuticas serán mejores.

Según la encuesta realizada por *“esDiabetes, tómatela en serio”* con motivo de la celebración del día mundial de la salud, revela que los pacientes con diabetes acuden en primer lugar a internet como principal fuente de información sobre la diabetes.

El 31% de los encuestados afirmó consultar buscadores y redes sociales como facebook, twitter o blogs. A pesar de ello, tan solo un 7% de los pacientes pertenece a una red social relacionada a su enfermedad y tampoco son muy activos a nivel asociativo.

### Actitud

Una actitud es un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable. La actitud es una predisposición a actuar, el comportamiento es manifiesto. Las actitudes no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder. Una actitud es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos deben estar destinados a inculcar o modificar actitudes. (El Analisis CAP, s.f.).

La adecuada capacitación del paciente diabético sobre la enfermedad condicionará su activa participación en los requerimientos de un manejo que será de por vida. Otros elementos que influyen en forma decisiva es la actitud y las conductas que el paciente muestra respecto a su enfermedad para la aceptación y la adhesión a programas de tratamiento y autocuidado que interfieran positivamente el nivel de glucemia y otros factores de control en los pacientes diabéticos.

Se ha establecido que el conocimiento sobre las enfermedades crónicas y de ellas la diabetes y la actitud que el enfermo tiene de ésta son aspectos fundamentales para mejorar el nivel de adhesión al tratamiento, y por tanto al mejor control, lo que conlleva una disminución de la presentación de las complicaciones crónicas.

La información médica sobre diabetes debe estar dirigida sobre aspectos que el paciente pueda entender y aplicar en su vida diaria, y debe estar asociado a un cambio en la actitud

que modifique las conductas del enfermo para que permitan desarrollar y aplicar los conocimientos recibidos.

La actitud ante la diabetes puede ser decisiva, ya que si se tiene una actitud positiva, si se considera a la diabetes como un reto, le será más fácil controlar la enfermedad. Una actitud negativa, en cambio, resulta un pesimismo que lo lleva a no seguir la dieta, no hacer ejercicios y no tomar las medicinas (Rubin).

Es imposible hablar de estilo de vida sin enmarcarlo dentro del concepto de modo de vida, ya que ambos determinan la forma como se desarrolla el hombre dentro de la sociedad y su relación con el proceso salud-enfermedad.

Se plantea que en la mayoría de las enfermedades crónicas, ha fallado la toma de precauciones adecuadas contra los riesgos identificados públicamente: un fracaso de control individual, la falta de auto-disciplina, un defecto moral intrínseco. El consumo de tabaco y alcohol, la inactividad física y la dieta no saludable son ejemplos de factores relacionados con el actuar individual que influye en el estado de salud de la población.

En general, la salud no requiere de una explicación, pero la enfermedad sí debe ser explicada (Benvenuto, 2010). Así, las personas construyen sistemas de creencias acerca de la diabetes que funcionan como mediadores o traductores entre la enfermedad biológica y la experiencia personal. A su vez, estas creencias también son influenciadas por las interpretaciones culturales y sociales de la enfermedad en general. Más aún, aunque sin tener una causalidad lineal, las creencias inciden sobre las conductas que se llevan a cabo y guardan relación con las actitudes que las personas adoptan frente a la patología. (Benvenuto, 2010).

La Teoría de la Conducta Planeada refiere que los principales supuestos que determinan la conducta de una persona está determinada por la intención que influye directamente en la persona para poner en práctica cierta conducta y establece que a mayor intención de realizar una conducta, mayor será la posibilidad de que sea realizada.

Al mismo tiempo ésta intención será establecida por la actitud que es de carácter personal y la actitud es explicada por creencias hacia la conducta y sus resultados, realizándose una

evaluación de dichos resultados clasificados como positivos o negativos, es decir, si la percepción que la persona tiene sobre el resultado de la conducta es positiva, tendrá una actitud positiva y si su percepción es negativa la actitud hacia esta conducta será negativa.

El autor refiere que el uso de una sustancia estaría directamente relacionado con la intención de consumirla, lo cual integra tres componentes:

- a) La actitud del individuo hacia el uso de alcohol que permite un conjunto de creencias relevantes sobre las consecuencias de una conducta.
- b) Sus creencias normativas, es decir la percepción de que otras personas significativas aprueban o desaprueban la conducta en cuestión y el grado de motivación para ajustarse a tales expectativas.
- c) El control conductual percibido, esto es, la percepción del individuo de sí mismo como capaz o no de usar alcohol o en su caso de enfrentar la presión social para hacerlo.

### Prácticas

Las prácticas son una serie de comportamientos relacionados. Es la aplicación de una idea o doctrina. Y las prácticas saludables son la aplicación de conocimientos que enseñan el modo de hacer algo en favor de la salud (El Análisis CAP, s.f.).

En general el concepto de “buenas prácticas” se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva, normativa o a un parámetro consensuado. Las buenas prácticas en salud de una persona están estrechamente ligadas con el concepto: estilos de vida saludable.

El consumo de alcohol y la diabetes se consideran importantes problemas de salud pública, las consecuencias provocadas por el consumo excesivo de alcohol en personas con diabetes tiene serias implicaciones a nivel económico y social.

El alcohol tiene efectos diabetogénicos que incluyen: obesidad, alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos y de la glucosa, presentándose períodos de hipoglucemia cuando se consume el alcohol en forma excesiva y existen largos espacios de ayuno, sin

embargo, también puede producir hiperglucemia cuando se consume en menores cantidades o para acompañar los alimentos (Flemin, 2004). Así mismo indica que el consumo de alcohol causa resistencia a la insulina ya que evita la recuperación de la hipoglucemia debido a la habilidad del alcohol para suprimir la lipólisis.

El consumo de alcohol en pacientes con diabetes incrementa el riesgo de mortalidad en los pacientes, tienen más complicaciones crónicas posterior a cinco o diez años de haber sido diagnosticados con la diabetes y algunos de ellos demuestran conductas favorables o desfavorables hacia el consumo de alcohol (Sánchez, 2007).

## Diseño Metodológico

### Tipo de estudio

Estudio observacional, enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, corte transversal.

### Área de estudio

Centro de Salud Silvio Ferrufino, ubicado en el distrito VI de Managua, con una cobertura de 80 mil habitantes en 32 barrios. Este cual cuenta con un área de emergencia, 3 clínicas de consulta externa, un laboratorio y una clínica del dolor que brinda atención en medicina natural y complementaria.

### Universo

El universo está conformado por 400 pacientes diabéticos atendidos en el programa de dispensarizados del centro de salud Silvia Ferrufino.

### Muestra

#### Tamaño Muestral

Utilizando la formula recomendada para la estimación de muestras de universos finitos (<10,000) se obtuvo una muestra de 78 pacientes diabéticos.

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde z alfa: 1.96 (corresponde al valor de z para un nivel de confianza del 95%).

p: 0.5 (en caso de máxima variabilidad).

q: 0.5 (corresponde a 1-p)

N: tamaño del universo

e: 0.1 (precisión 10%)

### Técnica de muestreo

La técnica de muestreo fue probabilístico, de tipo aleatorio simple a través de una tómbola. Se utilizaron tiras de papel blancas y amarillas, las cuales se depositaron dentro de una caja

y posteriormente se indicó a cada paciente que tomara una de ellas. Los participantes con tiras de papel blanca formaron parte de la muestra en estudio.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes que asistan al programa de dispensarizados del Centro de salud Silvia Ferrufino
- Pacientes diabéticos diagnosticados en un periodo mayor o igual a 1 año
- Hombres y mujeres mayores de 30 años
- Pacientes con o sin patología asociada

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que asistan al programa de crónicos por alguna otra patología diferente a la de diabetes
- Pacientes con enfermedad neurológica, psiquiátrica o cualquier otra que impida la comunicación

### **Unidad de análisis**

Pacientes diabéticos que asisten al programa de dispensarizados del centro de salud que cumplan los criterios de inclusión.

### **Fuente de información**

La fuente de información es primaria

### **Lista de variables por objetivos**

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas del grupo en estudio

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Escolaridad

Objetivo 2: Identificar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre diabetes mellitus

- Conocimiento de los aspectos generales de la enfermedad
- Conocimiento sobre el tratamiento no farmacológico de la enfermedad



- Conocimiento acerca del tratamiento farmacológico de la diabetes
- Conocimiento sobre la relación de ingesta de alcohol y diabetes
- Conocimiento referente al tabaquismo y la diabetes

Objetivo 3: Identificar las fuentes de obtención de información utilizados por los pacientes en estudio

- Fuentes de obtención de la información
- Nivel de comprensión de la información

Objetivo 4: Valorar las actitudes de la población en estudio respecto a la adopción de comportamientos saludables

- Actitudes en cuanto a la alimentación
- Actitudes ante la actividad física
- Actitudes en relación a la ingesta de alcohol
- Actitudes ante el tabaquismo

Objetivo 5: Determinar las prácticas que realizan los pacientes con diabetes mellitus

- Prácticas con respecto al control de su diabetes
- Prácticas en relación a la actividad física
- Prácticas en cuanto al tipo de alimentación
- Prácticas referente a la ingesta de alcohol
- Prácticas en relación al tabaquismo

#### Listado de variables:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Conocimientos generales de la enfermedad
- Conocimiento sobre el tratamiento no farmacológico
- Conocimiento acerca del tratamiento farmacológico

- Conocimiento ante la relación de ingesta de alcohol y diabetes
- Conocimiento referente al tabaquismo y la diabetes
- Actitud ante la alimentación
- Actitud ante el ejercicio
- Actitudes en relación a la ingesta de alcohol
- Actitudes ante el tabaquismo
- Fuentes de obtención de la información
- Nivel de comprensión de la información
- Prácticas con respecto al control de su diabetes
- Prácticas en cuanto al tipo de alimentación
- Prácticas en relación a la actividad física
- Prácticas referente a la ingesta de alcohol
- Prácticas en relación al tabaquismo

### Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Indicador	Valor/Escala
Edad	Años cumplidos por el paciente desde su nacimiento hasta la fecha actual	Años	30-35 años 36-46 47-57 58 a mas
Sexo	Es el conjunto de características físicas, biológicas y anatómicas que tiene el paciente	Fenotipo	-Masculino -Femenino
Ocupación	Actividad que desempeña el	Tipo de trabajo	-Ama de casa -Comerciante

	paciente para obtener ganancia monetaria		-Obrero -Otros -Ninguno
Escolaridad	Conjunto de las enseñanzas y cursos realizados por el paciente	Nivel de escolaridad	-Alfabetizado -Primaria Incompleta -Primaria Completa -Secundaria Incompleta -Bachiller -Universidad -Técnico superior
Conocimiento generales de la enfermedad	Conjunto de información sobre los aspectos etiológicos, tratamiento y prevención que el paciente debe conocer de la enfermedad	-Concepto diabetes -Diabetes como enfermedad incurable -Alimentos con altos contenidos de azúcar -Adecuado control de la diabetes -Riesgos para diabetes -Relación entre diabetes, alcohol y tabaco -Síntomas de la diabetes -Control de la glicemia.	- Bueno 12-10 -Regular 9-5 -Malo de 4-0

Conocimiento sobre el tratamiento no farmacológico.	Conjunto de información sobre los aspectos no farmacológicos, en ellos incluido la dieta y el ejercicio, que debe de conocer el paciente.	-Medicamento. -Alimentos bajos en azúcar. -Alimentación 3 veces al día. -Actividad física. -Causas del aumento de la glicemia. -Indicación de la dieta. -Frecuencia de actividad física. -Consumo de azúcares.	-Bueno 8-6 -Regular 5-4 -Malo de 3-0
Conocimiento acerca del tratamiento farmacológico	Conjunto de información sobre los aspectos farmacológicos más relevantes que debe de tener el paciente	-Tratamiento a base del medicamento. -Mito sobre la insulina. -Toma estricta del medicamento. -Productos naturales y diabetes. -Alimentación y fármacos. -Indicación del Medicamento.	-Bueno 6-5 -Regular 4-3 -Malo de 2-0
Conocimiento sobre la relación de ingesta de alcohol y diabetes	Conjunto de información referente a la ingesta de alcohol y la diabetes	-Alcohol e hipoglucemia -Efectos diabetogénicos	-Adecuado -Inadecuado

Conocimiento referente al tabaquismo y la diabetes	Conjunto de información respecto al tabaquismo y la diabetes	-Hábito de fumar -Complicaciones	-Adecuado -Inadecuado
Fuentes de información	Personas o medios los cuales brindaron la información sobre diabetes mellitus.	Medios de información.	-Personal de salud -Murales educativos -Televisión -Radio -Periódicos -Brochures -Familiares -Amigos -Internet
Nivel de comprensión	Grado de entendimiento del paciente con respecto a su enfermedad	-Información recibida	-Comprensible (5) -Difícil de entender (Menor de 4)
Actitudes en cuanto al tipo de alimentación.	Disposición del paciente para una alimentación saludable.	-Dificultad al consumir comida saludable. -Sobrepeso. -Interés en grupos de apoyo	-Muy de acuerdo (5 punto) -De acuerdo (4 puntos) -Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3 puntos) -En desacuerdo (2 puntos) -Muy en desacuerdo

			(1 puntos)
Actitudes ante la actividad física.	Disposición del paciente para ejercitarse.	-Disposición a realizar actividad física. -Tiempo para actividad física. -Interés en grupos de apoyo.	-Muy de acuerdo (5 punto) -De acuerdo (4 puntos) -Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3 puntos) -En desacuerdo (2 puntos) -Muy en desacuerdo (1 puntos)
Actitudes en relación a la ingesta de alcohol.	Disposición del paciente ante la ingesta.	-Toma alcohol por decisión propia. -Alcohol, amigos y familiares. -Apoyo familiar.	-Adecuado -Inadecuado
Actitudes ante el tabaquismo	Disposición del paciente ante el consumo del tabaquismo.	-Conocimiento sobre el tabaco. -Disposición a dejar de fumar. -Tabaco y circunstancia.	-Adecuado -Inadecuado
Practicas con respecto al control de su diabetes.	Realización de chequeos médicos por parte del paciente.	-Control de la glicemia. -Administración del medicamento.	-Bueno 9-7 -Regular 6-4 -Malo 3-0.

		-Frecuencia del medicamento. -Exámenes de laboratorio.	
Prácticas en relación a la actividad física.	Realización del ejercicio por parte del paciente.	-Práctica del ejercicio. -Tiempo. -Frecuencia.	-Bueno 9-7 -Regular 6-4 -Malo 3-0.
Prácticas en cuanto al tipo de alimentación	Hábitos que tiene el paciente respecto al consumo de alimento	-Alimentación saludable. -Frecuencia. -Consumo de frutas y verduras. -Frecuencia. -Apoyo moral.	-Bueno 9-7 -Regular 6-4 -Malo 3-0.
Prácticas referente a la ingesta de alcohol	Ingesta de alcohol por parte del paciente	-Tipo -Cantidad -Frecuencia	-Adecuado -Inadecuado
Prácticas en relación al tabaquismo	Consumo de tabaco por parte del paciente	-Frecuencia -Cantidad	-Adecuado -Inadecuado

### **Método, técnica e instrumento de recolección de la información**

Se realizó una visita al Centro de salud Silvia Ferrufino a fin de solicitar a la dirección docente una carta de autorización para la realización del estudio y mostrar un modelo de la ficha de recolección previo a su llenado, con el objetivo de realizar el estudio y permitir el acceso para aplicar la encuesta a los pacientes del programa de dispensarizados.

La técnica utilizada fue la encuesta, la cual se aplicó a los pacientes que aceptaron participar de manera voluntaria posterior a la explicación detallada de los objetivos y del contenido de la ficha de recolección. Se le pidió a cada paciente que respondiera cada pregunta y enunciado y en aquellos casos que presentaron dificultades para leer y escribir se les realizó la encuesta de forma oral.

El instrumento se realizó a partir de las inquietudes, dudas y preguntas que rutinariamente surgen al momento de la entrevista médico-paciente en la práctica clínica diaria con pacientes crónicos que asisten al programa de dispensarizados. Posteriormente se hizo una selección de los aspectos más comunes mencionados por los mismos, así como de los contenidos técnicos recomendados por la normativa o protocolo de atención de diabetes y partir de los cuales se construyeron los enunciados e interrogantes que se incluyeron en el instrumento.

La ficha de recolección constó de 6 acápite, conformado por preguntas abiertas y cerradas:

1. Primer acápite: engloba las características demográficas de cada paciente diabético.
2. Segundo acápite: el nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos acerca de la diabetes mellitus.
3. Tercer acápite: identifica la fuente de obtención de información de los pacientes diabéticos.
4. Cuarto acápite: se refiere a las actitudes de la población en estudio respecto a la alimentación y la actividad física
5. Quinto acápite: se refiere a las prácticas que realizan los pacientes con diabetes mellitus.
6. Sexto acápite: nos muestra la cantidad de consumo de alcohol y tabaco de los pacientes en estudio.

### **Procesamiento y análisis de la información**

Para procesar la información se diseñó una base de datos en el programa SSPS versión 18 en donde se analizó la información y se presentaron en cuadros y graficas según las variables elaboradas en el programa Excel. Previo a ello se cuantificó cada respuesta según las variables expuestas.



Se procedió a formular una serie de preguntas para determinar el nivel de conocimiento de los pacientes, las cuales se organizaron en las siguientes secciones: I. Aspectos generales de la enfermedad, II. Conocimientos sobre la enfermedad, III. Fuentes de información, IV actitudes ante la enfermedad y V. practicas ante la enfermedad.

Se le asignó a cada ítem un puntaje diferente: En el acápite I de aspectos generales de la enfermedad se realizaron 12 preguntas, a las cuales se les asignó un punto por respuesta correcta y cero por respuesta incorrecta; en el ítem del tratamiento no farmacológico se realizaron 8 preguntas a las cuales se le asignó un valor de un punto por respuesta correcta y cero por respuesta incorrecta y finalmente en el ítem del tratamiento farmacológico se realizaron 6 preguntas con el mismo valor antes mencionado.

Se categorizó el nivel de conocimiento de cada ítem en bueno, regular y malo según el puntaje obtenido. En el aspecto general de la enfermedad, bueno fue de 12-10, regular de 9-5, malo de 4-0. En el tratamiento no farmacológico bueno de 8-6, regular de 5-4 y malo de 3-0. En el tratamiento farmacológico bueno de 6-5, regular de 4-3 y malo de 2-0.

Al momento de evaluar las actitudes se utilizó la escala de tipo Likert, la cual permitió que el encuestado respondiera si está de acuerdo o desacuerdo con las aseveraciones afirmativas y negativas planteadas en el instrumento. Para la definición de dichas aseveraciones, se realizó una valoración previa de los conocimientos generales de la población durante la atención médica cotidiana con preguntas alusivas a la diabetes, tratamiento farmacológico y no farmacológico (alimentación, actividad física y hábitos tóxicos).

En el ítems de actitud, se realizaron de 3 a 4 preguntas por cada sección, con las siguientes dimensiones: “Muy de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo, Muy en desacuerdo” y se asignó un puntaje de 1 a 5 puntos. Las respuestas a cada pregunta recibieron puntuaciones más altas cuanto más favorable fue la actitud, no así en las respuestas con una actitud negativa en donde la calificación se invirtió.

Para determinar las prácticas se elaboraron 3 ítems que valoran el control de la enfermedad, actividad física y tipo de alimentación del paciente. Se elaboraron un total de 9 preguntas con un valor de 1 punto para cada respuesta correcta y un valor de cero a cada incorrecta.

Se categorizó el nivel de conocimiento de cada ítem en Bueno, Regular y Malo según el puntaje obtenido, y se valoró de la siguiente manera: Bueno de 9-7, Regular de 6-4, Malo de 3-0.

Para el acápite de fuentes de información se elaboraron 2 ítems en las cuales se logró conocer de dónde obtienen mayor información.

En el último acápite se elaboraron 2 preguntas las cuales brindaron información acerca del consumo de alcohol y tabaco que tienen los pacientes.

El informe completo de los datos se presentó en Microsoft Word.

### **Plan de análisis**

Edad/ conocimientos

Edad /actitud

Edad/práctica

Sexo/ conocimientos

Escolaridad /conocimiento

Escolaridad / prácticas

Ocupación/ prácticas

Edad/ actitud ante el consumo de alcohol

Edad/ actitud ante el consumo de tabaco

Escolaridad/ actitud ante el consumo de alcohol

Escolaridad/ actitud ante el consumo de tabaco

Nivel de comprensión/ fuentes de información

### **Marco ético legal**

En este estudio se consideró los 4 principios básicos de la bioética, siendo estos: la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia.

Se dio a conocer a los pacientes sobre los objetivos y propósitos de la investigación. Se solicitó consentimiento verbal para asegurar la voluntariedad de la participación y se informó sobre la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Así mismo se explicó que la información será utilizada única y exclusivamente para fines académicos y que no será compartida por ningún motivo, excepto con la autorización de los participantes.

## Resultados

### Características sociodemográficas

Con respecto a las edades de los pacientes diabéticos atendidos en el centro de salud Silvia Ferrufino se encontró que la edad predominante fue de 58 años a más, que comprende el 65.3% total de la población, seguida de las edades entre 47 y 57 años que comprende un 24.4%, en menor cantidad las edades de 36 a 46 años, con un 7.7 % y la edad que menos predominó fue de 30 a 35 años con un 2.6%. Ver tabla 1

Respecto al sexo, se encontró un predominio del sexo femenino con un 55.1% (43) con respecto al masculino con 44.9% (35). Por lo tanto la estimación de riesgo es para las pacientes del sexo femenino. Tabla 2

Respecto a la ocupación de cada paciente, se encontró que el 35.9% (28) de los encuestados son amas de casas, (sexo femenino) el 17.9% (14) son comerciantes, el 15.4% (12) pertenece a la clase obrera y el 30.8% (24) restante se dedican a otro tipo de labores, entre las cuales destacan: maestros, conductores de taxi, domésticas y estudiantes. Por lo tanto el grupo de estimación de riesgo se orienta para las amas de casa. Tabla 3

Con respecto a la escolaridad nos muestra que la mayoría de los pacientes encuestados no logró finalizar la secundaria, 30.8% (24) respecto al total de la población; el 25.6% (20) tampoco logró finalizar la primaria; el 20.5% (16) finaliza la primaria y el 6.5% (5) logra acceder a la universidad y en menor cantidad el 3.8% (3) logran bachillerarse. 13 de cada 100 pacientes refiere ser alfabetizado, por lo que se realiza la estimación de riesgo con pacientes de bajo nivel académico. Tabla 4

### Nivel de conocimiento de los pacientes sobre la diabetes mellitus

Respecto a los conocimientos generales acerca de la diabetes: definición de la enfermedad, síntomas, factores de riesgo, control con exámenes de laboratorio, tipos de alimentos; se encontró que el 66.7% (52) obtuvo un mayor puntaje el cual permitió categorizarse como Bueno, el 30.7% (24) como regular y el 2.6% (2) como malo. Es su mayoría los pacientes poseen buenos conocimientos generales respecto a su enfermedad. Tabla 5

Respecto a los conocimientos acerca del tratamiento no farmacológico, se obtuvo que en un 50% (39) de los encuestados el conocimiento es bueno, el 47.4% (39) es regular y para el 2.6% (2) es malo. Lo que sugiere que es su mayoría los pacientes conocen acerca del tratamiento no farmacológico, que incluye la dieta y el ejercicio. Tabla 6.

Respecto a los conocimientos farmacológicos se observa que el 34.6% (27) de las respuestas es bueno, el 30.8% (24) es regular y el 34.6% (27) es malo. Lo que orienta que el conocimiento de la población es regular, dado que la mitad de población tiene conocimiento y la otra mitad no la tiene. Tabla 7

Con relación al conocimiento sobre la ingesta de alcohol y diabetes, se encontró que la mayoría resultó malo con un 82.2%, un 42.3% (33) de los pacientes bueno y en el 29.5% (23) regular. Por lo tanto, la estimación de riesgo es alto, dado que los pacientes no tienen buenos conocimientos sobre la relación que existe entre alcoholismo y diabetes. Tabla 8

Referente al conocimiento sobre consumo de tabaco y la diabetes, el 38.5% (30) es bueno, 34.6% (27) regular y 26.9% (21) malo. Por lo que la estimación de riesgo es alto, dado que los pacientes no tienen buenos conocimientos sobre la relación que existe entre tabaquismo y diabetes. Tabla 9

### **Actitudes de la población en estudio**

Respecto a la actitud ante el tipo de alimentación saludable que tienen los pacientes el 87.2% (67) presentó una buena actitud, en comparación al mínimo porcentaje con actitud negativa. Tabla 10

La actitud referente a la actividad física, se mostró positiva para el 91.0% (71). Por lo que se consideró que la mayoría de la población está dispuesta a ejercer alguna actividad física. Tabla 11

En cuanto a la actitud ante la ingesta de alcohol el 85.9% (67) tiene una actitud positiva. Tabla 12

Respecto al consumo de tabaco el 92.3% (72) mostró una actitud positiva. Tabla 13

## **Fuentes de obtención de información utilizados por los pacientes**

En cuanto a la fuente de obtención de información que tienen los pacientes, la que presentó mayor porcentaje fue la televisión con un 28.2% (22), seguido del personal de salud con 25.6% (20) y en orden decreciente: murales educativos 20.5% (16), periódico 16.7% (13), familiares 3.8% (3), revistas y amigos 1.3% (1). Tabla 14

En cuanto al nivel de comprensión de la información sobre la diabetes y su tratamiento, para el 84.6% (66) fue comprensible. Tabla 15

## **Prácticas que realizan los pacientes con diabetes mellitus**

Referente a las prácticas relacionados con el tipo de alimentación, se observa que el 38.5% (30) fueron buenas, el 34.6% (27) fueron regulares y el 26.9% (21) fueron malas. Tabla 16

En las prácticas en cuanto al control de su diabetes, se mostró que el 46.2% (36) son buenas, el 38.5% (30) regulares y el 15.3% (12) malas. Tabla 17

En relación a las prácticas de actividad física se mostró que (tabla 18) el 52.6% (41) de los encuestados tienen buenas prácticas o bien ejercen algún tipo de actividad física.

Cerca de la mitad (33) de los pacientes refirieron consumir bebidas alcohólicas, representando un 42.3%. En cuanto al consumo de tabaco (tabla 20) el 34.6% (27) es decir, más de un tercio de los encuestados reportaron ser consumidores.

En la tabla 21 se observa el nivel de conocimiento que tienen los pacientes según la edad y entre los cuales se destaca que la edad de 58 años a más posee un conocimiento bueno reflejado con un 68.6% siendo este el grupo de mayor porcentaje en población. Con respecto a la actitud, en la tabla 22, se observa un predominio de actitud positiva con un 76.5%, no así para la actitud negativa en donde el predominio fue de un 42.1% en las edades de 47 a 57.

Los pacientes que tienen de 58 años a más tienen una práctica buena reflejada en un 70.6% que consiste en una buena actividad física y controles periódicos. Los pacientes que tienen de 30 a 35 años presentan una regular práctica (50%) y los pacientes de 47 a 57 años una mala práctica reflejada en un 21%.

El 53.5% de la mujeres encuestadas presentó un conocimiento bueno, mientras tanto el 17.2% de los hombres encuestados presentó un conocimiento malo.

Se muestra en la tabla 25 los conocimientos según la escolaridad: los pacientes que lograron alcanzar estudios superiores como universidad mostraron un 80% que equivale a un conocimiento bueno; sin embargo los pacientes que no lograron ningún tipo de estudio obtuvieron un 20% que equivale a un conocimiento malo.

En contraste con los datos anteriores en la tabla 26 se muestra que tanto los pacientes universitarios así como pacientes sin estudios tienen una mala práctica (20%). En cambio, pacientes que no lograron terminar la secundaria con un 58.3% obtuvieron una buena práctica.

En la tabla 27 las amas de casa con 57.1% y comerciantes con el 50% refirieron realizar buenas prácticas con respecto a su enfermedad, entre las cuales destacan: actividad física, controles periódicos, ingesta de medicamentos, entre otros.

La actitud ante el consumo de alcohol, según la tabla 28, fue positiva en pacientes de 58 años a mas (86.6%), de la misma manera en la tabla 29 se observa una actitud positiva ante el consumo de tabaco en los pacientes de 58 años a más.

Se muestra en la tabla 30 que en pacientes alfabetizados y con primaria completa el consumo de alcohol resultó positivo en un 95.8%, y negativo en un 100% solamente para alfabetizados. Lo que indica que siempre el grupo de riesgo lo representan las personas con un bajo nivel académico y que en dependencia de las orientaciones brindadas por el personal de salud así será su calidad de vida.

En cuanto a la actitud de consumo de tabaco en la tabla 31 se mostró que el 91.6% que corresponde a secundaria incompleta fue positivo y el 20% que engloba a diabéticos alfabetizados y universitarios la actitud fue negativa. Lo que indica que el grupo de riesgo lo presentan las personas con un mayor y un bajo nivel académico.

La tabla 32 muestra que un 90.9% de los pacientes comprende la información brindada desde la televisión, seguido de un 75% de parte del personal de salud y en orden decreciente por murales educativos y periódico.

## Discusión y análisis de los resultados.

En relación a la situación sociodemográfica de los pacientes encuestados en este estudio, la diabetes mellitus afecta más a los pacientes que se encuentran en edades de 58 años a más (65.3%) siendo el sexo femenino el más prevalente (55.1%), lo cual confirma, bajo literaturas investigadas, que la edad es un factor de riesgo y dicha patología aumenta su incidencia conforme a esta y que es más frecuente en el sexo femenino. Lo que concuerda con el estudio realizado por (Sanchez, 2010) en donde se encontró que la mayoría de los pacientes con diabetes mellitus que asistían al consultorio médico policlínico pertenecían al género femenino.

La escolaridad de los pacientes es fundamental y determinante para la aplicación de su tratamiento farmacológico y sobre todo en la educación alimentaria. La mayor parte de los pacientes entrevistados, en este estudio, han cursado la secundaria incompleta, pero a pesar de esta limitante los pacientes saben el nombre de su medicamento, los alimentos que pueden comer y cuáles no, saben que practicando ejercicio sencillos como las caminatas les ayuda a mejorar su salud.

Según los resultados de esta investigación, los cuales demostraron que a mejor conocimiento de la enfermedad se obtienen mejores prácticas, el estudio realizado por (Castrillón Estrada, 2009) sobre “conocimiento, actitudes y prácticas sobre Diabetes en comerciantes del Mercado Municipal de Masaya Agosto – Diciembre” también concluyó que existe relación entre el nivel de conocimientos y la práctica de estilo de vida del paciente con diabetes mellitus, de manera que a mayor nivel de conocimientos, mejor estilo de vida.

En la ocupación, la mayor parte de la población son amas de casa (35.9%), este dato está íntimamente relacionado a que el máximo número de la población sea del sexo femenino. No hay referencia literaria que la ocupación sea destacada como un factor de riesgo. Es importante señalar que en el estudio realizado por (Fletes, 2014) se observó que: en las amas de casa y en las personas que no trabajan, la actitud se vuelve más propicia; así



mismo en este estudio las amas de casa y los pacientes con menor formación académica obtuvieron una actitud positiva.

En el año 2014, (Fletes, 2014) en su mismo estudio, con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la diabetes mellitus, concluyó que los pacientes tenían un buen nivel de conocimiento. Así mismo en esta investigación se lograron obtener resultados similares, en donde la mayoría de los pacientes encuestados tenían un buen nivel de conocimiento.

Según el estudio realizado por (Tenezaca, 2011) se identificó que el conocimiento de los pacientes diabéticos que asistían a la fundación, tenía un alto déficit. Lo que concuerda con el estudio de (Gregori, 2013) de tipo descriptivo-observacional, que concluyó que la media de conocimiento era de 56%, esto indica un conocimiento inadecuado o intermedio como grupo de población; no así en este estudio el cual demostró que en la mayoría de los encuestados los conocimientos básicos acerca de la enfermedad (66.7%), del tratamiento farmacológico (34.6%) y no farmacológico (50%) demostraron ser buenos. Recalcando así que la educación es una herramienta esencial para optimar el control metabólico y prevenir la aparición y la progresión de las complicaciones.

En cuanto al nivel de actitud (Cuadra & Palma, 2012) obtuvieron que, la mayoría de los pacientes presentaba una actitud negativa ante su enfermedad. A diferencia de este estudio la mayoría de los pacientes, así como en el estudio realizado por (Loayza, 2014), presentan una actitud positiva en cuanto a la diabetes, ellos aceptan su enfermedad, no les incomoda hablar de ello, saben que deben asistir todos los meses a consulta y cumplir con las recomendaciones que el médico les orienta, saben que es su responsabilidad cuidar de su salud. Según la literatura consultada, refiere que el grado de aceptación de la enfermedad puede interferir o facilitar el conocimiento y cumplimiento de las recomendaciones médicas.

La actitud ante la diabetes puede ser decisiva, ya que si se tiene una actitud positiva, si se considera a la diabetes como un reto, le será más fácil controlar la enfermedad. Una actitud negativa, en cambio, resulta un pesimismo que lo lleva a no seguir la dieta, no hacer ejercicios y no tomar las medicinas (Rubin).

El resultado reportado por (Loayza, 2014) concluye que las prácticas en un 80% fueron buenas, similar a este estudio que se reportó que en la mayoría de las prácticas en cuanto al tipo de alimentación (38.5%), al control de la diabetes (46.2%) y a la realización de la actividad física (52.6%) de igual manera fueron buenas. La alimentación sana debe considerarse la piedra angular para disminuir el riesgo de progresión de la enfermedad y disminuir el riesgo de enfermedad macro-vascular y micro-vascular.

Las modificaciones en los estilos de vida se recomiendan para todas las edades pero la prescripción debe hacerse con bases individuales.

En cuanto a consumo de alcohol y tabaco los pacientes en este estudio aunque no lograron comprender los efectos nocivos que traen consigo el hábito de estos, en resultados obtenidos, la mayoría de los pacientes no realizaban esta práctica. También se concluyó que la escolaridad no estaba relacionada en aquellos pacientes que ingerían o no alcohol y tabaco, ya que diabéticos universitarios y diabéticos alfabetos consumían de la misma manera.

En este trabajo investigativo se concluyó que la mayoría de los pacientes obtuvieron información comprensible según su grado de escolaridad y de fuentes tales como: la televisión en 1er lugar, el personal de salud en 2do y 3ero de los murales educativos que observan en el centro de salud al que acuden. Comprendiendo así que los pacientes confían en la unidades a las que asisten esperando información en que pueda ayudarles y que por ende en cada consulta se debe priorizar las charlas así como el manejo correspondiente.

Podemos recalcar que estos estudios permiten lograr una noción de cómo ha mejorado la atención a los pacientes diabéticos, donde la mayoría de ellos poseen conocimientos buenos a cerca de la enfermedad, toman actitudes positivas frente a la misma y por ende realizan prácticas buenas; tal y como lo afirma (Castrillón Estrada, 2009) en su estudio: existe relación entre el nivel de conocimientos y la práctica de estilo de vida del paciente con diabetes mellitus, de manera que a mayor nivel de conocimientos, mejor estilo de vida.

## Conclusiones

Respecto a los aspectos sociodemográficos se concluyó que el predominio de los pacientes encuestados es del sexo femenino y entre las edades de 58 años a más. La ocupación de mayor relevancia es ama de casa y el predominio de nivel educativo es secundaria incompleta.

El nivel de conocimiento, en relación al concepto de diabetes, ingesta del tratamiento farmacológico y realización del tratamiento no farmacológico mostró un nivel satisfactorio, lo que está íntimamente relacionado con las buenas prácticas de los pacientes al momento del estudio.

Los pacientes no tienen un buen conocimiento acerca de las complicaciones que conlleva el consumo de alcohol y tabaco, sin embargo las actitudes para evitar el consumo de ambos resultaron positivas en su mayoría, e iniciar actividad física para contrarrestar las complicaciones.

La fuente de obtención de información más utilizada es la televisión, seguida del personal de salud y los murales educativos. De ahí la importancia de la capacitación y actualización del personal encargado de la atención a pacientes crónicos con enfoque preventivo.

Con respecto a las actitudes encontradas en el estudio, en la mayoría de los pacientes fueron positivas, lo que indica motivación y aceptación de la enfermedad, siendo esto fundamental para el buen control de la diabetes, ya que si el paciente acepta su enfermedad puede interferir o facilitar el conocimiento y cumplimiento de las recomendaciones médicas.

Las prácticas encontradas en los pacientes atendidos en el Centro de Salud son en su mayoría buenas lo que conlleva a mantener un buen control metabólico, ingesta de medicamentos en horarios establecidos, alimentación balanceada e individualizada y actividad física al menos 2 veces por semana.

## Recomendaciones

Al centro de Salud:

- 1) Realizar capacitaciones constantes al personal de salud encargado directamente de la asistencia a los pacientes con diabetes sobre educación diabetológica de calidad.
- 2) Realizar ferias de atención donde periódicamente se facilite consultas integrales a los pacientes con diabetes, en conjunto con familiares y líderes de barrio.
- 3) Continuar con el uso de material educativo, tales como: murales, afiches, trípticos, en donde se continúe brindando información actualizada, breve, precisa, clara e ilustrativa acerca de la enfermedad.
- 4) Realizar actividades educativas utilizando metodología participativa e interactiva, de tal forma que los pacientes no solamente sean considerados receptores de información, sino que estos sean participes de dichos procesos.
- 5) Implementar campañas que orienten sobre los perjuicios de la ingesta de alcohol y tabaquismo, y promueva comportamiento y estilo de vida saludable.
- 6) Promover grupos de autoayuda, que integren nuevos pacientes crónicos y sus familiares, con el propósito de compartir experiencias y soporte emocional para una mejor calidad de vida.
- 7) Los médicos que atienden en el programa de dispensarizados orienten y motiven a los pacientes a ser parte de grupos de autoayuda para que tengan mejores conocimientos y actitudes sobre su enfermedad.
- 8) Implementar campañas que orienten sobre los perjuicios de la ingesta de alcohol y tabaquismo
- 9) Orientar seguimiento por el servicio de psicología y nutrición para apoyar el proceso de aceptación de la enfermedad, así como la atención de pacientes con problemas de alcoholismo y tabaquismo

A los pacientes

- 1) Participar en las actividades educativas e informativas, y asistir a las ferias u otros eventos que implemente el personal de salud sobre diabetes.

- 2) Poner en práctica las recomendaciones brindadas por el personal de salud y obtenidas en los grupos de ayuda, acerca de las diferentes actividades físicas que pueden realizar y el tipo de alimentación para alcanzar mejor calidad de vida
- 3) Integrarse a los clubes de diabetes para lograr informarse mejor sobre su enfermedad ya que esto permitirá intercambiar experiencias y de estas retomar las lecciones positivas aprendidas.
- 4) Asistir a consulta mensualmente y cumplir con las recomendaciones del médico, ya que esto le ayudara a mejorar su salud.
- 5) Asistir al servicio de psicología y nutrición cuando sea referido por el personal de salud.

## Bibliografía

- Asociacion Latinoamericana de Diabetes. (2013). *Revista de ALAD*. Recuperado el 16 de septiembre de 2016, de Control y tratamiento de la Diabetes Mellitus: [https://issuu.com/alad-diabetes/docs/guias\\_alad\\_2013/28](https://issuu.com/alad-diabetes/docs/guias_alad_2013/28)
- ALAD, G. (2014). *Diabetes*. Recuperado el enero de 2017, de Tratamiento no farmacologico: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias\\_ALAD\\_2009.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf)
- Benvenuto, A. (2010). Las creencias y actitudes de Pacientes Diabeticos. *II Congreso Internacional de Investigación y Practica Profesional* , 45.
- Calero, M. (4 de julio de 2016). *El Nuevo Diario*. Recuperado el 18 de octubre de 2016, de Más personas padecen de diabetes en Nicaragua: <http://www.laprensa.com.ni/2016/04/07/nacionales/2014112-mas-personas-padecen-de-diabetes-en-el-pais>
- Castrillón Estrada, J. A. (2009). Diabetes Mellitus en el servicio de urgencias:. *revisiones clínicas* .
- Cuadra, N., & Palma, E. (2012). *conocimientos , actitudes y practicas sobre diabetes mellitus en el centro de salud de villa libertad entre agosto y septiembre*. managua, nicaragua.
- Delgado, A. P. (2009). Intervención educativa en diabéticos tipo 2. *Revista Cubana de Medicina Integral* .
- Diabetes*. (s.f.). Recuperado el septiembre de 2016, de Diagnostico: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/dm/cap10.pdf>
- Diabetes, A. A. (Enero-2016). Manejo de la diabetes mellitus tipo 2 y prediabetes. *Novedades El Analisis CAP*. (s.f.). Recuperado el septiembre de 2016, de Conocimientos, Actitudes y Practicas: [http://www.actaf.co.cu/index.php?option=com\\_mtree&task=att\\_download&link\\_id=352&cf\\_id=24](http://www.actaf.co.cu/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=352&cf_id=24)
- Flemin. (2004). Transferrina deficiente en carbohidratos: validez de un nuevo biomarcador de alcohol en una muestra de pacientes con diabetes e hipertensión. *Transferrina deficiente en carbohidratos* .
- Fletes, C. (2014). *Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la diabetes mellitus en pacientes atendidos en la consulta externa Hospital Regional Asunción Juigalpa*. Juigalpa, Chontales.
- González, R. A. (22 de agosto de 2016). *El Nuevo Diario*. Recuperado el 18 de octubre de 2016, de El 8% de los nicas tiene diabetes: <http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/402024-8-nicas-tiene-diabetes/>
- González, R. I. (2014). Resumen de las recomendaciones . *ADA* , 10.

Gregori, D. L. (2013). NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. Valencia: Universidad Cardenal Herrera CEU.

Guariguata, L., Nolan, T., Beagley, J., & Hirst, S. M. (2013). *ATLAS de la DIABETES de la Federacion Internacional de la Diabetes*. Federación Internacional de Diabetes.

Hernández-Ruiz, E. A., & Castrillón-Estrada, J. A. (2008). *revisiones clínicas*. Recuperado el 25 de septiembre de 2016, de Diabetes Mellitus en el servicio de urgencias: manejo de las complicaciones agudas en adultos: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v24n2/v24n2a12.pdf>

Huaccha, E. C. (2011). *Conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas de la diabetes mellitus tipo 2 en los trabajadores mayores de 35 años de los centros de aplicación Productos Unión y Editorial Imprenta Unión de la universidad Peruana Unión-Lima*. Lima, Peru: Union de la Universidad Peruana.

*La Prensa*. (6 de junio de 2016). Recuperado el 18 de octubre de 2016, de Número de adultos diabéticos se ha cuadruplicado en 35 años: <http://www.laprensa.com.ni/2016/04/06/salud/2013938-numero-de-adultos-diabeticos-se-ha-cuadruplicado-en-35-anos>

Loayza, D. P. (2014). *“Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asistieron a consulta en la fundación DONUM entre marzo-junio 2014*. Cuenca.

Medina, D. (13 de noviembre de 2015). “En 20 años, uno de cada cuatro nicas tendrá diabetes”. *El Nuevo Diario* .

MINSA. (2014). Formulario Nacional de Medicamentos. Managua.

MINSA. (Diciembre 2011). Protocolo de atención de la Diabetes Mellitus. *Normativa 081* (pág. 15-36). Managua.

Ojeda, R. A. (2016). *Conocimientos sobre Diabetes, de pacientes con Diabetes*. Rivas.

OMS. (abril de 2016). Recuperado el 18 de octubre de 2016, de Diabetes: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

OMS. (2016). Información Mundial sobre la Diabetes.

Quiroz, B. M. (2015). *Conocimientos y actitudes de diabetes mellitus*. Managua.

Rodríguez, D. P. (2019). Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitas. *MEDISAN*

Rubin, A. L. (s.f.). *Diabetes*. Recuperado el enero de 2017, de [https://books.google.com.ni/books?id=6Y0YXUIG46wC&pg=PA328&lpg=PA328&dq=actitud+de+diabetico+ante+el+ejercicio+y+la+dieta&source=bl&ots=5D3ZmgqmEI&sig=QBETUcm0qn\\_c1M2Sru](https://books.google.com.ni/books?id=6Y0YXUIG46wC&pg=PA328&lpg=PA328&dq=actitud+de+diabetico+ante+el+ejercicio+y+la+dieta&source=bl&ots=5D3ZmgqmEI&sig=QBETUcm0qn_c1M2Sru)

3RZNAYPyc&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwilo8\_UtsPRAhVjrlQKHcreDxkQ6AEIUzAJ#v=onepage&q=actitud

Sánchez, L. M. (2007). Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. *Salud Publica de Mexico* .

Sanchez, V. (2010). Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. *Medisur* .

Scarone, D. S. (01 de 05 de 2013). *Diabetes Mellitus como confeccionamos la Historia Clínica*. Obtenido de Historia clínica: Diabetes: <http://tuendocrinologo.com/site/inicio/articulos-por-tema/historias-clinicas/historias-clinica/diabetes-historia-clinica.html>

Stephanie A. Amiel, R. (diciembre de 2011). *international diabetes federation*. Obtenido de diabetes voice: [https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/DV\\_56-SI2\\_SP\\_0.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/DV_56-SI2_SP_0.pdf)

Tenezaca, C. Q. (2011). *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PACIENTES*. Cuenca, Ecuador.



# Anexos



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.  
Recinto Universitario Rubén Darío.  
Facultad de Ciencias Médicas.**



“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la diabetes mellitus en pacientes diabéticos del programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino” Fecha:\_\_\_\_\_

La presente investigación se está realizando con el propósito de identificar los conocimientos, actitudes y practicas más comunes en los pacientes diabéticos a fin de formular estrategias que permitan mejorar su calidad de vida y a la vez contribuir a disminuir gastos monetarios en las familias y el sector salud.

Marque con una X en la casilla donde corresponda:

**I. Datos generales**

1) Edad :

30-35 años	
36-46 años	
47-57 años	
58 a más	

Otros	
Ninguno	

2) Sexo:

Masculino	
Femenino	

3) Ocupación:

Ama de casa	
Comerciante	
Obrero	

4) Escolaridad:

Alfabetizado	
Primaria Incompleta	
Primaria Completa	

Secundaria Incompleta	
Bachiller	
Universidad	
Técnico superior	

## II. Conocimientos de la diabetes

1) Acerca de su conocimiento sobre diabetes marque con una X según corresponda.

	Si	No	No sé
¿Sabe qué es la diabetes?			
¿La diabetes es una enfermedad incurable?			
El comer alimentos azucarados como gaseosas, jugos enlatados, etc, en exceso puede causar diabetes.			
Piensa que esta enfermedad se puede controlar.			
Aumenta el riesgo de padecer diabetes la obesidad, el alcohol y tabaquismo			
El alcohol causa bajos niveles de azúcar en sangre.			
Si usted consume una bebida con alcohol, debe consumirla con el estómago vacío.			
Conoce si es indispensable que todo diabético evite o suprima el hábito de fumar.			
Los diabéticos fumadores tienen más probabilidad de sufrir complicaciones a corto plazo.			

2) ¿Cuáles son los síntomas de esta enfermedad?

Mucha Sed \_\_\_\_\_ Muchas ganas de orinar \_\_\_\_\_ Mucha hambre \_\_\_\_\_

Picazón en todo el cuerpo \_\_\_\_\_ Falta de energía \_\_\_\_\_

Otros, especifique:

\_\_\_\_\_

3) El azúcar en sangre se debe medir:

Frecuentemente \_\_\_\_\_ Una vez al año \_\_\_\_\_ Solo cuando voy a consulta \_\_\_\_\_

4) ¿Qué efectos tienen las bebidas alcohólicas en las personas con diabetes a largo plazo?

Obesidad \_\_\_\_ Aumento del azúcar \_\_\_\_ Pérdida de la visión \_\_\_\_ Cirrosis  
 hepática \_\_\_\_ Mal funcionamiento renal \_\_\_\_ Todas las opciones \_\_\_\_

5) Acerca de su conocimiento sobre alimentación, dieta y ejercicio marque con una X según corresponda:

	Si	No
El medicamento es más importante que la dieta y el ejercicio		
El comer alimentos ricos en grasa y azúcares puede provocar diabetes		
Consumir frutas, verduras, alimentos bajos en grasa y en azúcares, disminuye la probabilidad de padecer diabetes		
Un diabético debe de comer únicamente 3 veces al día		
La actividad física hace que el cuerpo utilice mejor las cantidades de azúcar en sangre		
Si no tomo mis medicamentos, ni hago dieta, ni tampoco hago ejercicios me aumenta el azúcar en sangre		
Las personas con Diabetes pueden comer dulces; postres y chocolates pero en mínimas cantidades		

6) Una persona con diabetes debe seguir una dieta indicada por:

Familiares \_\_\_\_ Vecinos \_\_\_\_ Amigos diabéticos \_\_\_\_  
 Medico o Nutricionista \_\_\_\_ Uno mismo \_\_\_\_

7) ¿Con qué frecuencia se deben de realizar actividad física?

Diario \_\_\_\_ 2 a 3 veces por semana \_\_\_\_ 4 - 5 veces por semana \_\_\_\_  
 6 a 7 veces por semana \_\_\_\_ Solo cuando el azúcar esta alta \_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_

8) Acerca de su conocimiento sobre los medicamentos para la diabetes marque con una X según corresponda:

	Si	No
El tratamiento de la diabetes es solo a base de medicamentos		
Los Te de hierbas controlan la Diabetes		
Inyectarme la insulina provoca daño tales como la ceguera		
Una persona con Diabetes puede comer cuanto quiera siempre y cuando tome su medicamento o se inyecte insulina		

9) ¿Usted sabe si el paciente con diabetes debe de tomarse su medicamento?

Siempre \_\_\_\_\_ Solo cuando se sienta mal \_\_\_\_\_ Cada vez que recuerdo \_\_\_\_\_

10) Se debe de tomar el medicamento indicado por

Vecino \_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_ Amigo diabético \_\_\_\_\_  
 Automedicado \_\_\_\_\_

### III. Fuentes de información

1) ¿Ha recibido información acerca de lo que es la diabetes mellitus en el último año? Si su respuesta es No salte al acápite IV. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2) Si su respuesta es Sí, ¿de dónde la obtuvo?

Personal de salud \_\_\_\_\_ Murales educativos \_\_\_\_\_ Televisión \_\_\_\_\_  
 Radio \_\_\_\_\_

Periódicos \_\_\_\_\_ Revistas \_\_\_\_\_ Familiares \_\_\_\_\_ Amigos \_\_\_\_\_

3) La información recibida hasta ahora ha sido:

Comprensible \_\_\_\_\_ Difícil de entender \_\_\_\_\_

#### IV. Actitudes del diabético

Marque con una X según corresponda:

1) Acerca de las actitudes sobre alimentación.

Aseveración	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
No me es difícil consumir comidas saludables.					
Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto a mejorar mi dieta.					
Estoy interesado(a) en formar parte de un grupo en donde propongan un plan de alimentación saludable.					

2) Ante las actitudes ejercicio físico.

Aseveración	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Estoy dispuesto a realizar ejercicio, independientemente de mi condición física					
Tengo tiempo para realizar actividad física.					
Estoy interesado en participar en un grupo que practique algún tipo de ejercicio independientemente de mi condición física					

3) **Si Usted Consume Alcohol**, ya sea de forma eventual o cotidiana, marque con una X según corresponda. De no ser así, salte al inciso 4.

Aseveración	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Tomo alcohol solo si yo quiero, y no me siento obligado por las circunstancias o personas.					
Siento apoyo de mi familia cuando decido no tomar.					

4) **Si Usted Fuma**, ya sea de forma eventual o cotidiana, marque con una X según corresponda. De no ser así, salte al acápite V.

Aseveración	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
No me importa fumar sabiendo que es dañino.					
Estoy dispuesto a dejar de fumar.					
Fumo solo si yo quiero, y no me siento obligado por las circunstancias o personas.					

#### V. Prácticas con respecto a la diabetes

Marque con una X según corresponda, acerca del control de su diabetes.

1) ¿Me realizo el control del azúcar en sangre?

Semanal \_\_\_\_ Mensual\_\_\_\_ Cada 3 meses\_\_\_\_ Nunca\_\_\_\_

2) Los medicamentos que utilizo/consumo para mi diabetes son:

Insulina Inyectada\_\_\_\_\_ Metformina\_\_\_\_\_ Glibenclamida\_\_\_\_\_

Otros, \_\_\_\_\_ especifique:

\_\_\_\_\_

3) Consumo/Utilizo el medicamento:

Siempre\_\_\_\_\_ De forma regular\_\_\_\_\_ Solo cuando es necesario\_\_\_\_\_

Cuando me siento mal \_\_\_\_\_ Nunca\_\_\_\_\_

4) Me realizo exámenes de:

	Semanal	Mensual	Cada 3 meses	Anual	Nunca
Examen general de orina					
Triglicéridos					
Colesterol					
Creatinina (función renal)					
Hemoglobina Glicosilada					
Examen oftalmológico					

5) Prácticas en relación a la actividad física

	Si	No
¿Realizo actividad física?		
Me gusta hacer ejercicio		

-En caso de que haya contestado que **No** le gusta realizar ejercicio físico continúe a la pregunta **6**, y en caso de que haya contestado **Si**, pase a la pregunta **7**



6) ¿Por qué no le gusta realizar ejercicio físico?

No me gusta\_\_\_\_\_

No tengo dinero\_\_\_\_\_

Falta de tiempo \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

No tengo apoyo\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No tengo zapatos ni ropa apropiada\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inseguridad Ciudadana\_\_\_\_\_

-

7) En caso de que haya contestado que Si conteste, ¿Qué tipo de actividad realiza?

Actividad física	Veces por semana	Duración horas/minutos
Bailar		
Caminar		
Trotar		
Ejercicio para extremidades		
Ejercicios de estiramiento		
Levanta pesas		
Otros: _____		

Prácticas sobre el tipo de dieta, marque con una X:

8) Considero que mi alimentación es saludable: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

9) ¿Cuántas veces como al día?

1 a 2 veces \_\_\_\_\_ 3-4 veces \_\_\_\_\_ 4 a 5 veces \_\_\_\_\_ Más de 5 veces \_\_\_\_\_

10) ¿Cuántas veces consumo a la semana frutas y verduras?

	1 vez	2-3 veces	4-5 veces	6-7 veces	No consumo
Frutas					
Verduras/Vegetales					

11) Me siento apoyado por familiares o amigos con respecto a mi alimentación

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

12) **Si Usted Consume Alcohol** indique en el siguiente cuadro qué tipo, cantidad y con qué frecuencia lo ingiere. De no ser así pase al inciso 13.

Tipo	Cantidad	Frecuencia
-Cerveza		
-Vino		
-Guarón, joyita, caballito		
-Ron		
-Otros:		

13) **Si Usted Fuma** englobe, con qué frecuencia lo hace.

- a. Una vez por semana
- b. 2-3 veces por semana
- c. 4- 5 veces por semana
- d. 6- 7 veces por semana
- e. Eventualmente

-En dependencia de la respuesta anterior, ¿qué cantidad fuma?

\_\_\_\_\_ Cigarrillos al día

Gracias por su colaboración ☺!!!

**Tabla 1. Edad de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Edad	Número	Porcentaje (%)
<b>30-35 años</b>	2	2.6
<b>36-46 años</b>	6	7.7
<b>47-57 años</b>	19	24.4
<b>58 a más</b>	51	65.3
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 2. Sexo de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Sexo	Número	Porcentaje (%)
<b>Masculino</b>	35	44.9
<b>Femenino</b>	43	55.1
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 3. Ocupación de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Ocupación	Número	Porcentaje (%)
<b>Ama de casa</b>	28	35.9
<b>Comerciante</b>	14	17.9
<b>Obrero</b>	12	15.4
<b>Otros</b>	24	30.8
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 4. Escolaridad de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferruffino**

Escolaridad	Número	Porcentaje (%)
<b>Alfabetizado</b>	10	12.8
<b>Primaria Incompleta</b>	20	25.6
<b>Primaria Completa</b>	16	20.5
<b>Secundaria Incompleta</b>	24	30.8
<b>Bachiller</b>	3	3.8
<b>Universidad</b>	5	6.5
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 5. Conocimientos generales de la enfermedad de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferruffino**

Conocimiento	Número	Porcentaje (%)
<b>Bueno</b>	52	66.7
<b>Regular</b>	24	30.7
<b>Malo</b>	2	2.6
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 6. Conocimientos acerca del tratamiento no farmacológico de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferruffino**

Conocimiento	Número	Porcentaje (%)
<b>Bueno</b>	39	50
<b>Regular</b>	37	47.4
<b>Malo</b>	2	2.6
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 7. Conocimiento acerca del tratamiento farmacológico de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Conocimiento	Número	Porcentaje (%)
<b>Bueno</b>	27	34.6
<b>Regular</b>	24	30.8
<b>Malo</b>	27	34.6
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 8. Conocimiento ante la relación de ingesta de alcohol y diabetes de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Conocimiento	Número	Porcentaje (%)
<b>Bueno</b>	33	42.3
<b>Regular</b>	23	29.5
<b>Malo</b>	22	28.2
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 9. Conocimiento referente al tabaquismo y la diabetes de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Conocimiento	Número	Porcentaje (%)
<b>Bueno</b>	30	38.5
<b>Regular</b>	27	34.6
<b>Malo</b>	21	26.9
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 10. Actitud ante el tipo de alimentación de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferruffino**

Actitud	Número	Porcentaje (%)
<b>Positiva</b>	68	87.2
<b>Negativa</b>	10	12.8
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 11. Actitud el ejercicio en los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferruffino**

Actitud	Número	Porcentaje (%)
<b>Positiva</b>	71	91.0
<b>Negativa</b>	7	9
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 12. Actitud en relación a la ingesta de alcohol de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferruffino**

Actitud	Número	Porcentaje (%)
<b>Positiva</b>	67	85.9
<b>Negativa</b>	11	14.1
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 13. Actitud ante el tabaquismo en los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Actitud	Número	Porcentaje (%)
<b>Positiva</b>	72	92.3
<b>Negativa</b>	6	7.7
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 14. Tipo de fuente de obtención de información en los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Fuente de Información	Número	Porcentaje (%)
<b>Personal de Salud</b>	20	25.6
<b>Murales Educativos</b>	16	20.5
<b>Televisión</b>	22	28.2
<b>Radio</b>	2	2.6
<b>Periódico</b>	13	16.7
<b>Revistas</b>	1	1.3
<b>Familiares</b>	3	3.8
<b>Amigos</b>	1	1.3
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 15. Nivel de comprensión de la información de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Nivel de Comprensión	Número	Porcentaje (%)
<b>Comprensible</b>	66	84.6
<b>Difícil de entender</b>	12	15.4
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 16. Prácticas en cuanto al tipo de alimentación que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Práctica	Número	Porcentaje (%)
<b>Bueno</b>	30	38.5
<b>Regular</b>	27	34.6
<b>Malo</b>	21	26.9
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 17. Prácticas con respecto al control de la diabetes que tienen los pacientes atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Práctica	Número	Porcentaje (%)
<b>Bueno</b>	36	46.2
<b>Regular</b>	30	38.5
<b>Malo</b>	12	15.3
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 18. Prácticas en relación a la actividad física de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Práctica	Número	Porcentaje (%)
<b>Bueno</b>	41	52.6
<b>Regular</b>	28	35.9
<b>Malo</b>	9	11.5
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta



**Tabla 19. Prácticas referentes al consumo de alcohol que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Alcohol	Número	Porcentaje (%)
<b>Consumen</b>	33	42.3
<b>No Consumen</b>	45	57.7
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 20. Prácticas referentes al consumo de tabaco que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Tabaco	Número	Porcentaje (%)
<b>Consumen</b>	27	34.6
<b>No Consumen</b>	51	65.4
<b>Total</b>	78	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 21. Nivel de conocimiento según la edad de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Edad	Conocimiento						No	%
	Bueno	%	Regular	%	Malo	%		
<b>30-35</b>	1	50	1	50			2	100
<b>36-46</b>	3	60	2	40			6	100
<b>47-57</b>	11	57.9	7	36.8	1	5.3	19	100
<b>58 a mas</b>	35	68.6	15	29.4	1	2	51	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 22. Actitud según la edad de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferruffino**

Edad	Actitud				No	%
	Positiva	%	Negativo	%		
30-35	2	100			2	100
36-46	4	66.7	2	33.3	6	100
47-57	11	57.9	8	42.1	19	100
58 a mas	39	76.5	12	23.5	51	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 23. Practicas según la edad en los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferruffino**

Edad	Practicas						No	%
	Bueno	%	Regular	%	Malo	%		
30-35	1	50	1	50			2	100
36-46	3	50	2	33.3	1	16.7	6	100
47-57	9	47.4	6	31.6	4	21.	19	100
58 a mas	36	70.6	10	19.6	5	9.8	51	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 24. Conocimiento según el sexo en los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferruffino**

Sexo	Conocimientos							
	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	No	%
Femenino	23	53.5	17	39.5	3	7	43	100
Masculino	18	51.4	11	31.4	6	17.2	35	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 25. Conocimientos según la escolaridad de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Conocimientos								
Escolaridad	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	No	%
<b>Alfabetizado</b>	3	30	5	50	2	20	10	100
<b>Primaria Incompleta</b>	10	50	7	35	3	15	20	100
<b>Primaria Completa</b>	11	68.8	4	25	1	6.2	16	100
<b>Secundaria Incompleta</b>	16	66.6	7	29.2	1	4.2	24	100
<b>Bachiller</b>	2	66.6	1	33.4			3	100
<b>Universidad</b>	4	80	1	20			5	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 26. Practicas según escolaridad de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Práctica								
Escolaridad	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	No	%
<b>Alfabetizado</b>	4	40	4	40	2	10	10	100
<b>Primaria Incompleta</b>	10	50	10	50		20	20	100
<b>Primaria Completa</b>	11	68.8	5	31.2		16	16	100
<b>Secundaria Incompleta</b>	14	58.3	9	37.5	1	24	24	100
<b>Bachiller</b>	2	66.6	1	33.4		3	3	100
<b>Universidad</b>	2	40	2	40	1	5	5	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 27. Practicas según la ocupación de cada paciente con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Ocupación	Practicas							
	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	No	%
Ama de casa	16	57.1	8	28.6	4	14.3	28	100
Comerciante	7	50	5	35.7	2	14.3	14	100
Obrero	6	50	6	50			12	100
Otros	11	45.8	10	41.7	3	12.5	24	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 28. Actitud según la edad ante el consumo de alcohol de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Edad	Actitud					
	Positivo	%	Negativo	%	No	%
30-35	2	100			2	100
36-46	5	83.3	1	16.7	6	100
47-57	16	84.2	3	15.8	19	100
58 a mas	44	86.3	7	13.7	51	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 29. Actitud según la edad ante el consumo de tabaco de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Edad	Actitud					
	Positivo	%	Negativo	%	No	%
30-35	2	100			2	100
36-46	5	83.3	1	16.7	6	100
47-57	19	100			19	100
58 a mas	46	90.2	5	9.8	51	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 30. Actitud según el grado de escolaridad ante el consumo de alcohol en los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

Actitud ante el consumo de tabaco						
Escolaridad	Positivo	%	Negativo	%	No	%
Alfabetizado	5	50	5	50	10	100
Primaria Incompleta	19	95	1	5	20	100
Primaria Completa	16	100			16	100
Secundaria Incompleta	23	95.8	1	4.2	24	100
Bachiller	2	66.6	1	33.4	3	100
Universidad	2	40	3	60	5	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 31. Actitud según el grado de escolaridad ante el consumo de tabaco de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

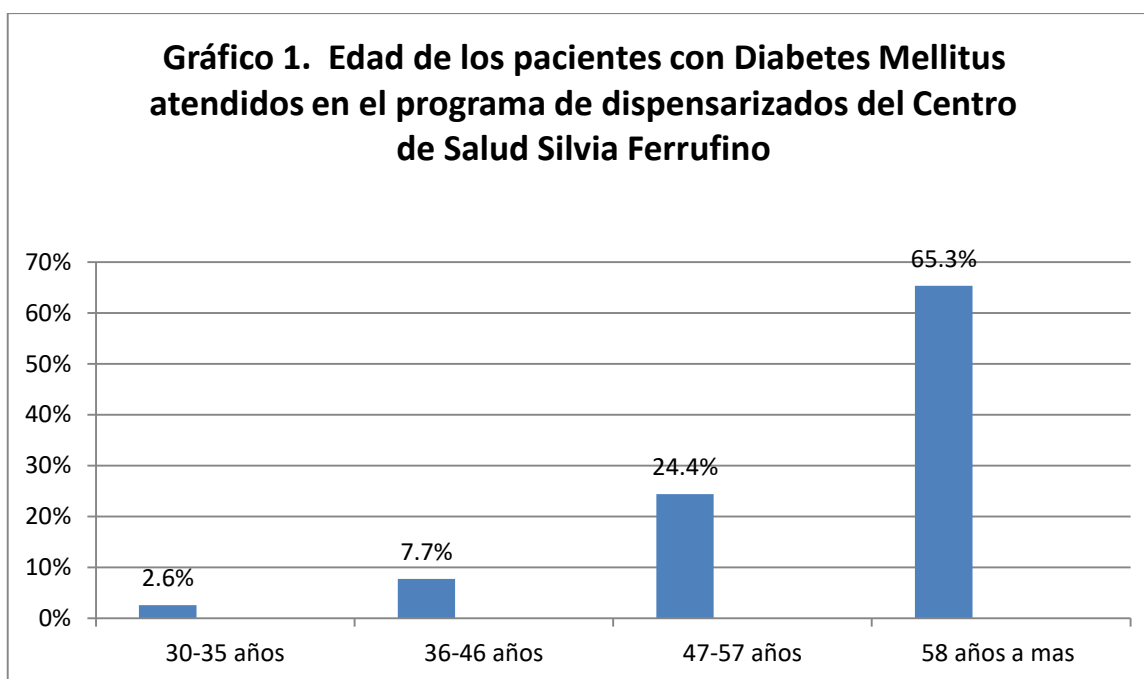
Actitud ante el consumo de tabaco						
Escolaridad	Positiva	%	Negativa	%	No	%
Alfabetizado	8	80	2	20	10	100
Primaria Incompleta	19	95	1	5	20	100
Primaria Completa	16	100			16	100
Secundaria Incompleta	22	91.6	2	8.4	24	100
Bachiller	3	100			3	100
Universidad	4	80	1	20	5	100

Fuente: Encuesta

**Tabla 32. Nivel de comprensión según las fuentes de obtención de información de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**

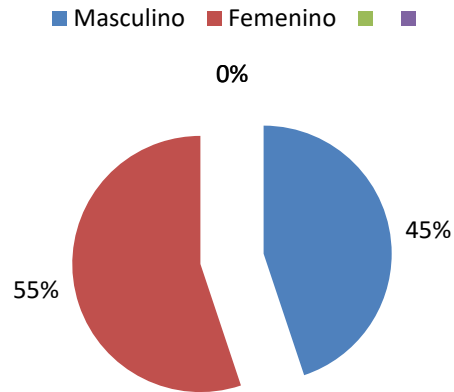
Nivel de Comprensión						
Fuentes de información	Comprensible	%	Difícil de entender	%	No	%
Personal de salud	15	75	5	25	20	100
Murales educativos	13	81.3	3	18.7	16	100
Televisión	20	90.9	2	9.1	22	100
Radio	2	100			2	100
Periódico	11	84.6	2	15.4	13	100
Revistas			1	100	1	100
Familiares			3	100	3	100
Amigos			1	100	1	100

Fuente: Encuesta



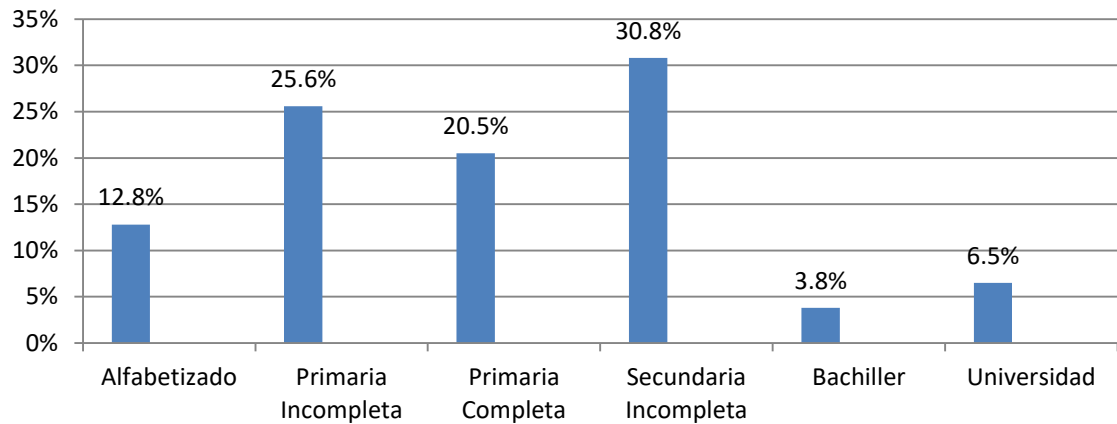
Fuente: Tabla 1

**Gráfica 2. Sexo de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



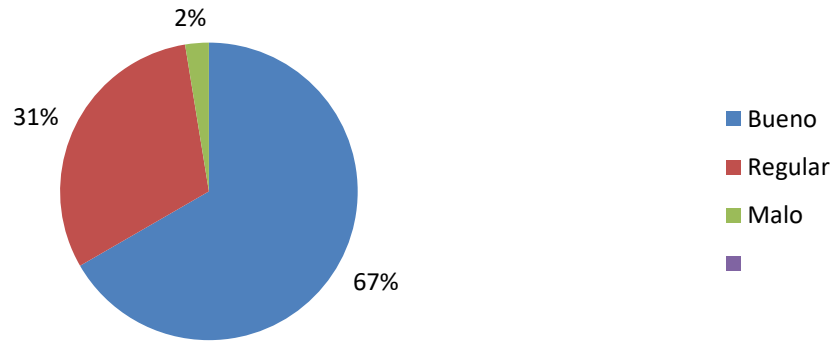
Fuente: Tabla 2

**Gráfico 4. Escolaridad de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



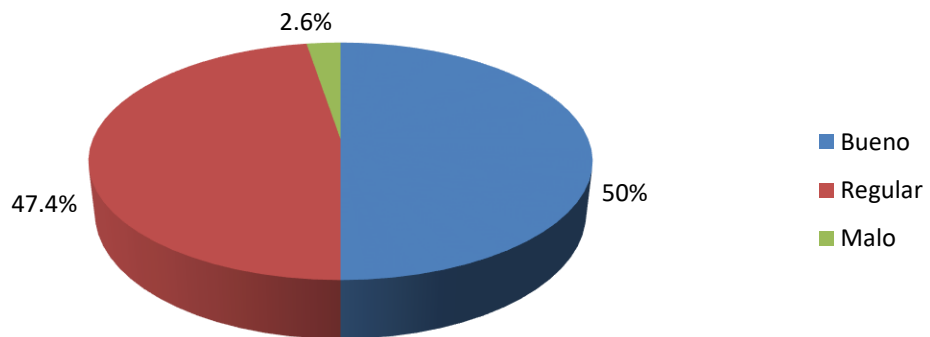
Fuente: Tabla 4

**Gráfico 5. Conocimientos generales de la enfermedad de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



Fuente: Tabla 5

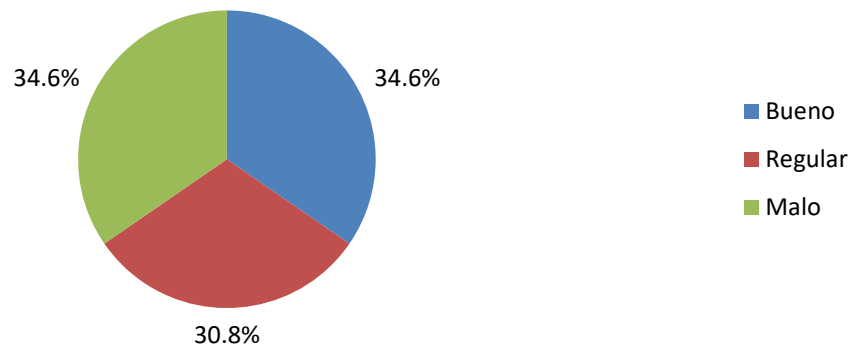
**Tabla 6. Conocimientos acerca del tratamiento no farmacológico de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



Fuente: 6

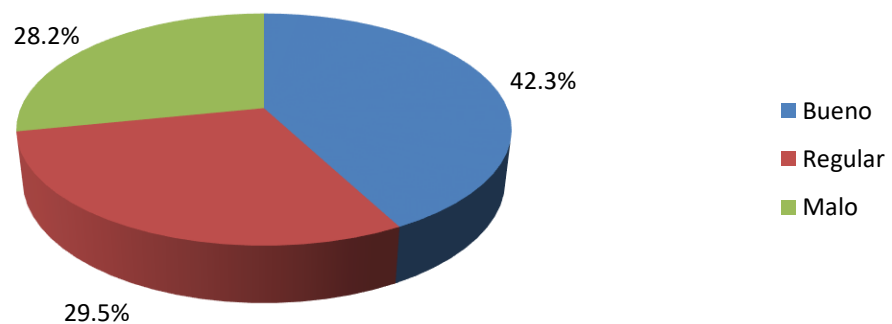


**Gráfico 7. Conocimiento acerca del tratamiento farmacológico de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



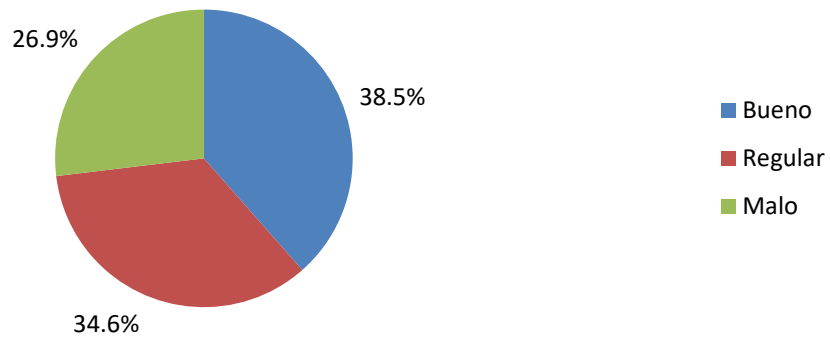
Fuente: Tabla 7

**Gráfico 8. Conocimiento ante la relación de ingesta de alcohol y diabetes de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



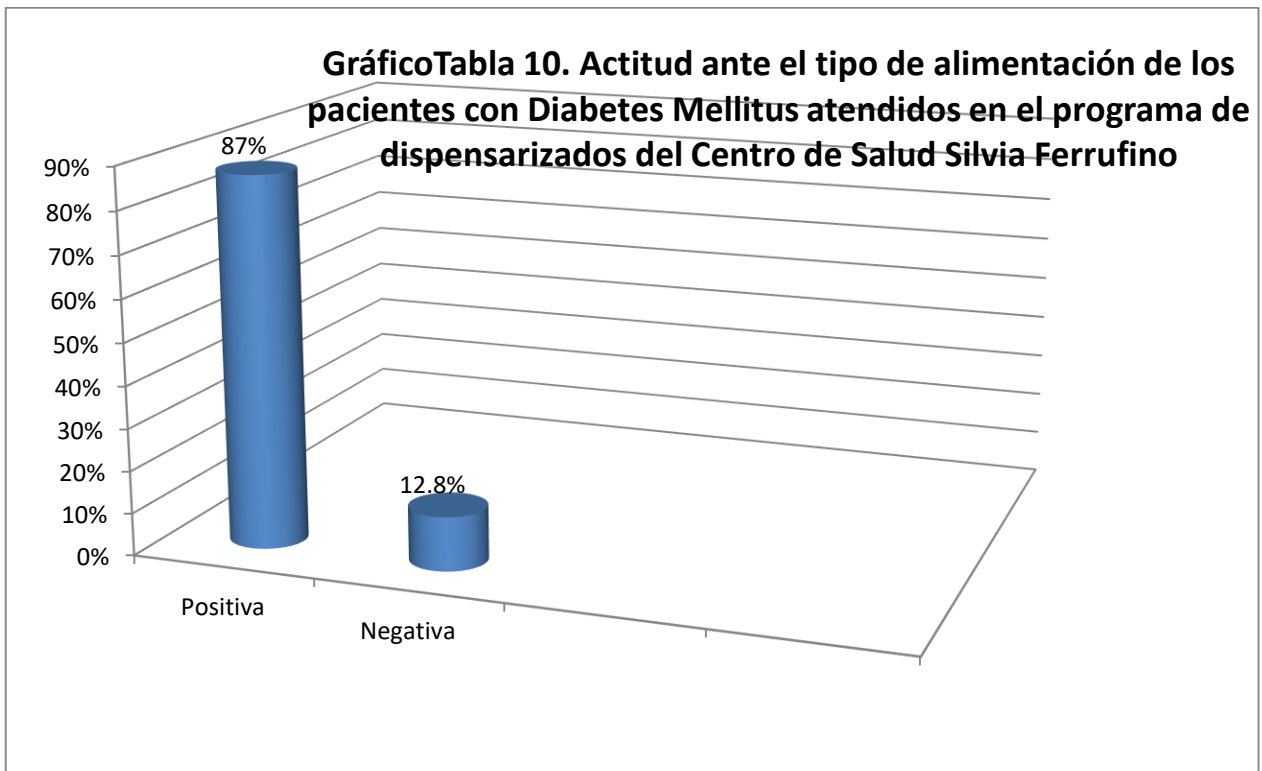
Fuente: Tabla 8

**Gráfico 9. Conocimiento referente al tabaquismo y la diabetes de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



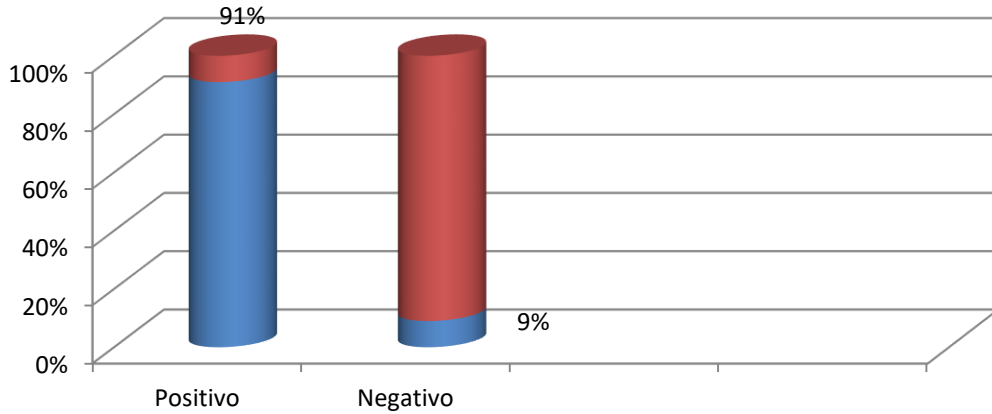
Fuente: Tabla 9

**GráficoTabla 10. Actitud ante el tipo de alimentación de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



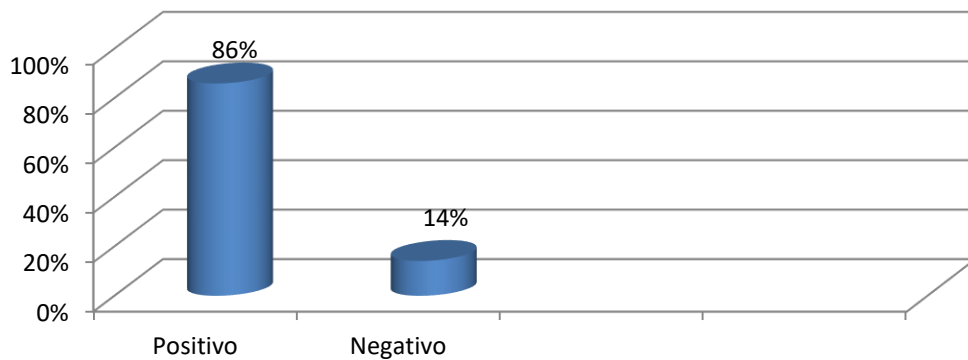
Fuente: Tabla 10

**Gráfico 11. Actitud el ejercicio en los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



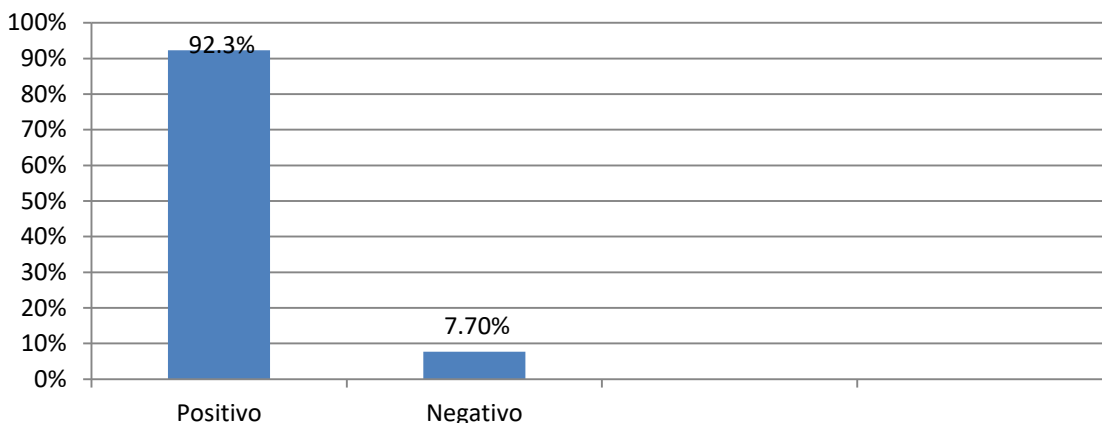
Fuente: Tabla 11

**Gráfico12. Actitud en relación a la ingesta de alcohol de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



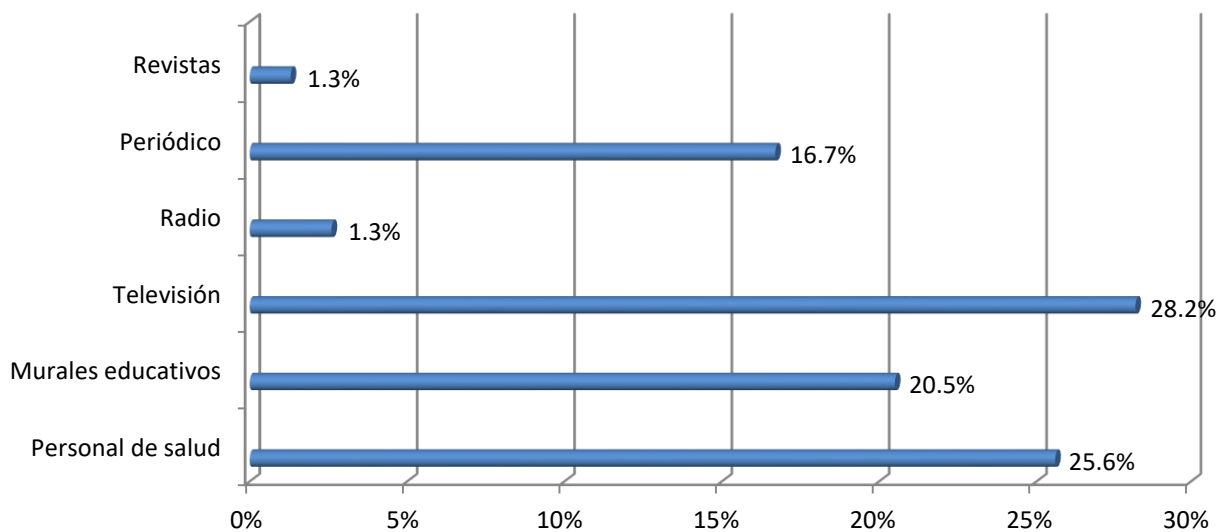
Fuente: Tabla 12

**Gráfico 13. Actitud ante el tabaquismo en los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



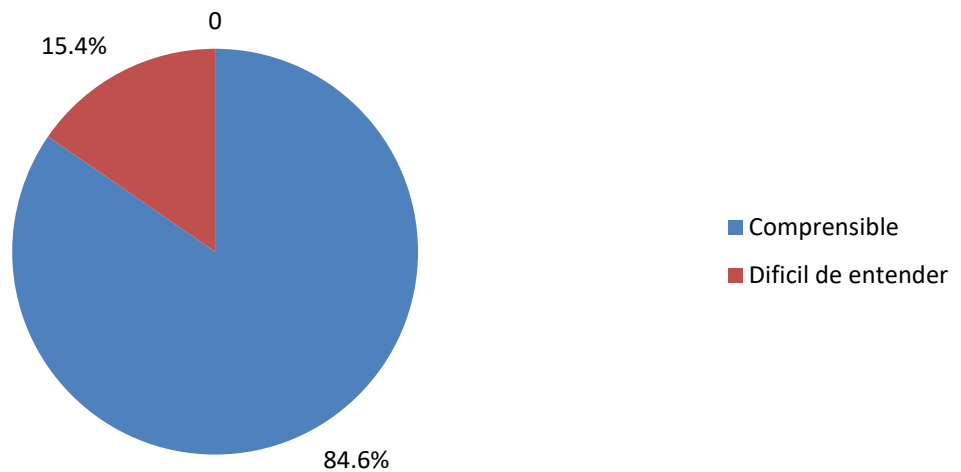
Fuente: Tabla 13

**Gráfico 14. Tipo de fuente de obtención de información en los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



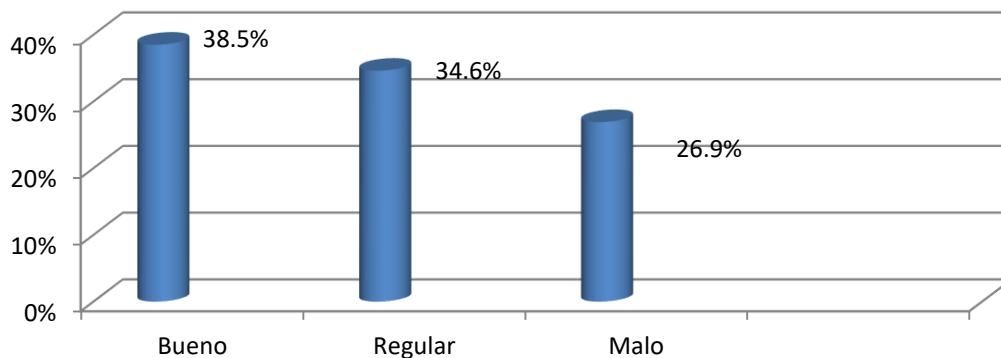
Fuente: Tabla 14

**Gráfico 15. Nivel de comprensión de la información de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



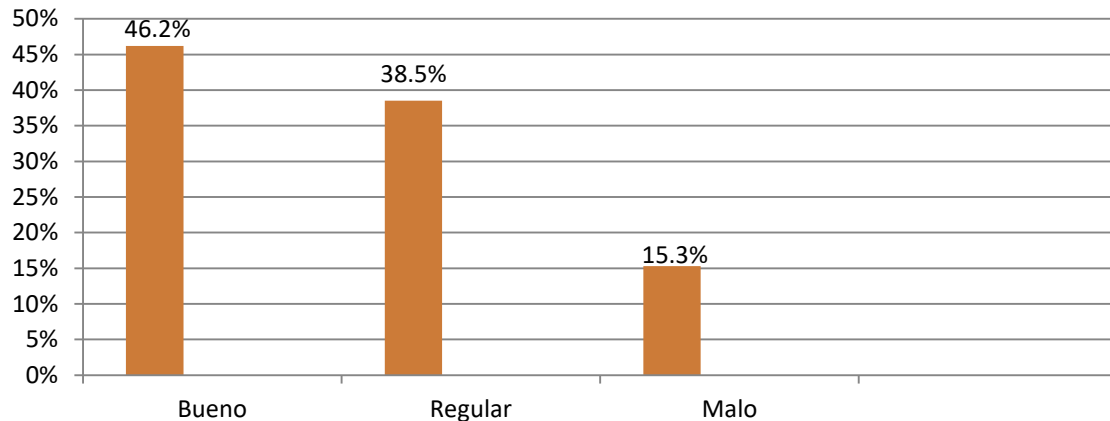
Fuente: Tabla 15

**Gráfico 16. Prácticas en cuanto al tipo de alimentación que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



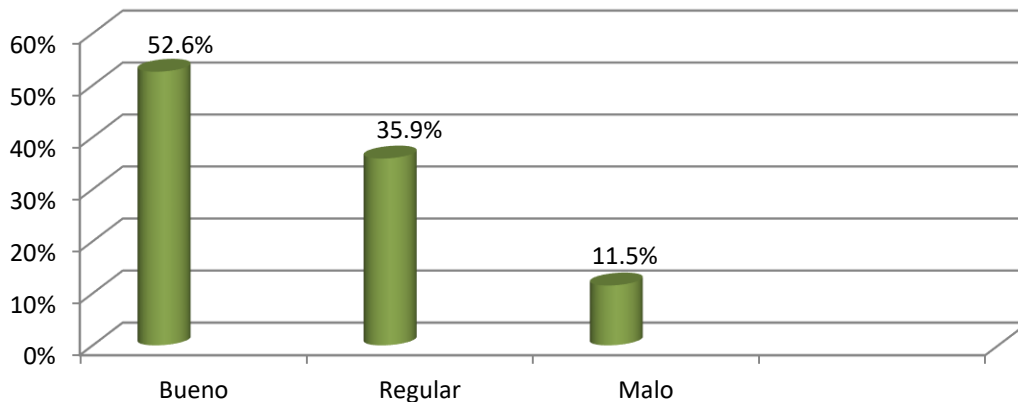
Fuente: Tabla 16

**Gráfico 17. Prácticas con respecto al control de la diabetes que tienen los pacientes atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



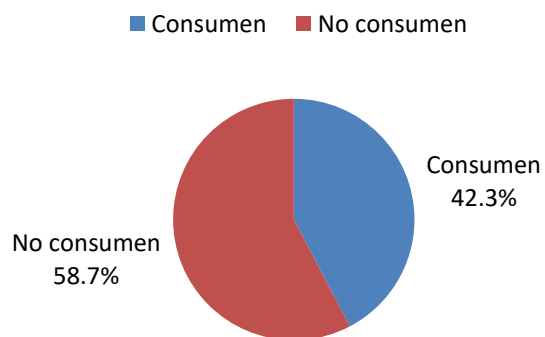
Fuente: Tabla 1

**Gráfico 18. Prácticas en relación a la actividad física de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



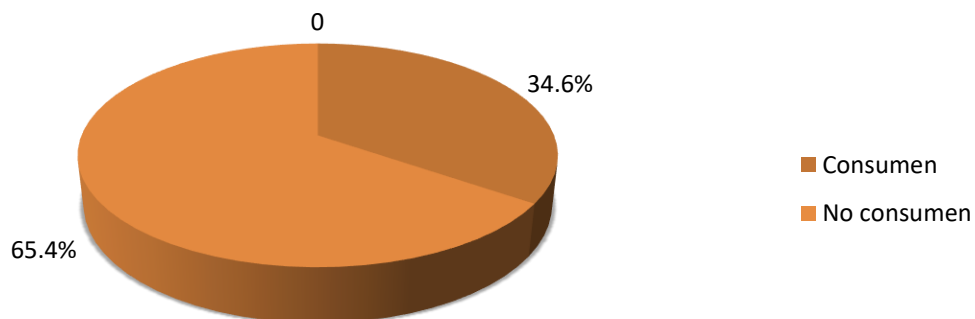
Fuente: Tabla 18

**Gráfico 19. Prácticas referentes al consumo de alcohol que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



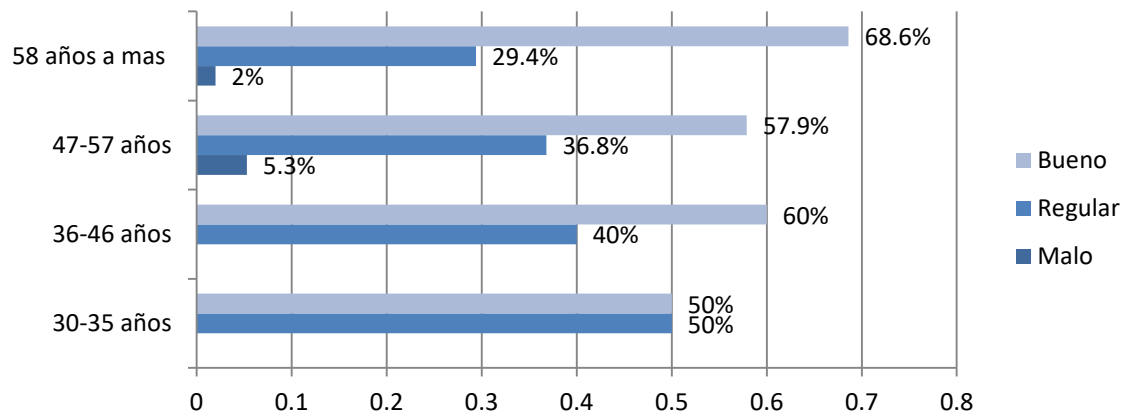
Fuente: Tabla 19

**Gráfica 20. Prácticas referentes al consumo de tabaco que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



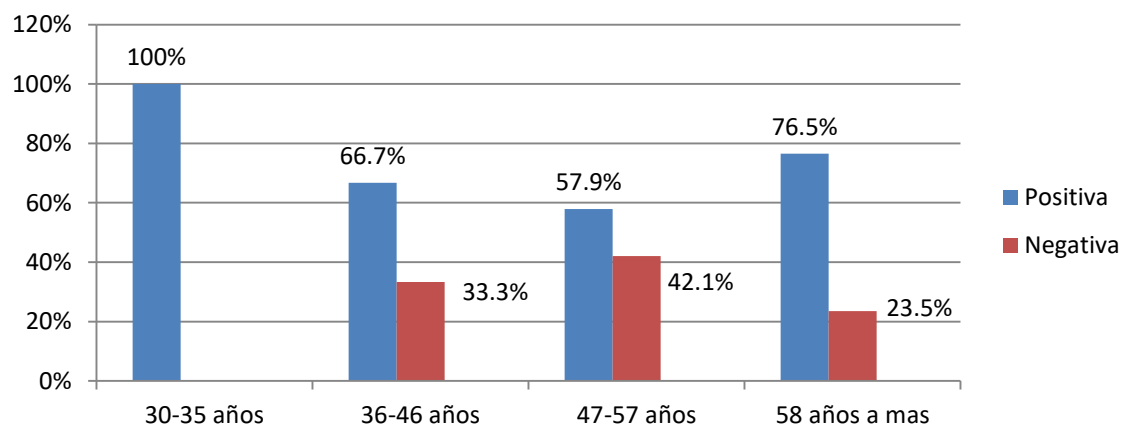
Fuente: Tabla 20

**Gráfico 21. Nivel de conocimiento según la edad de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



Fuente: Tabla 21

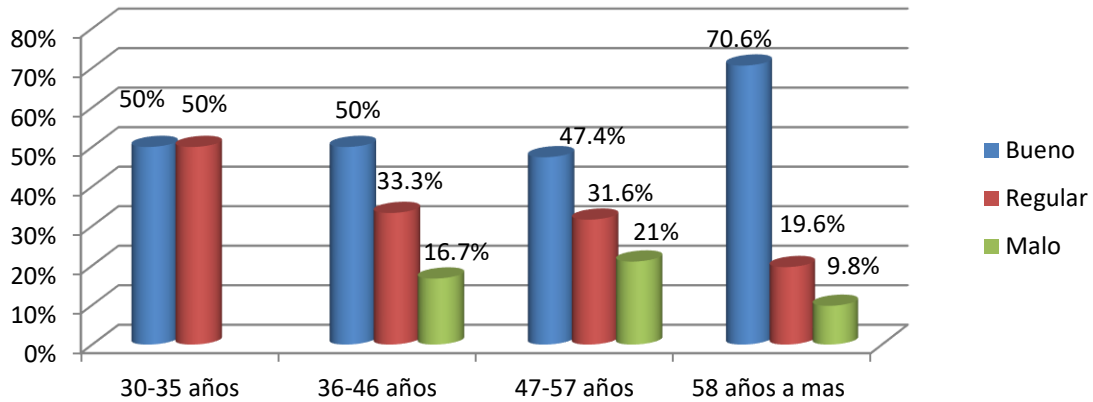
**Gráfico 22. Actitud según la edad de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



Fuente: Tabla 22

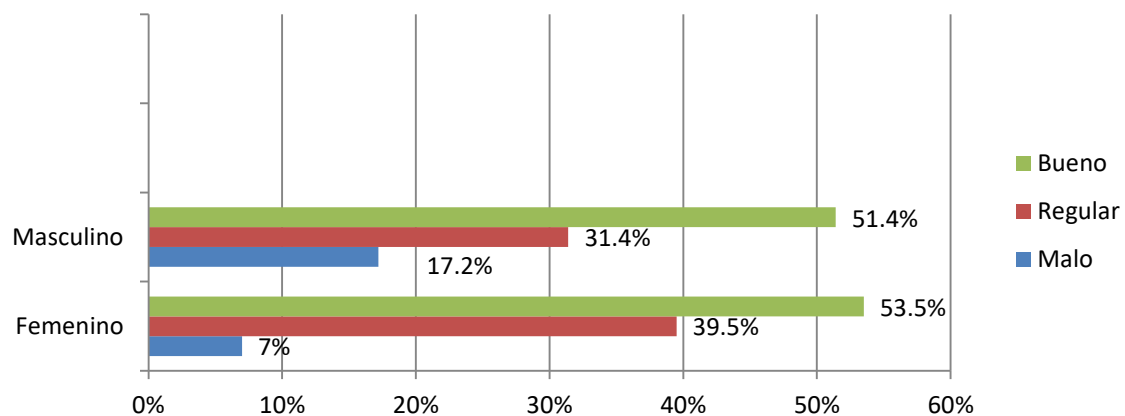


**Gráfico 23. Practicas según la edad en los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



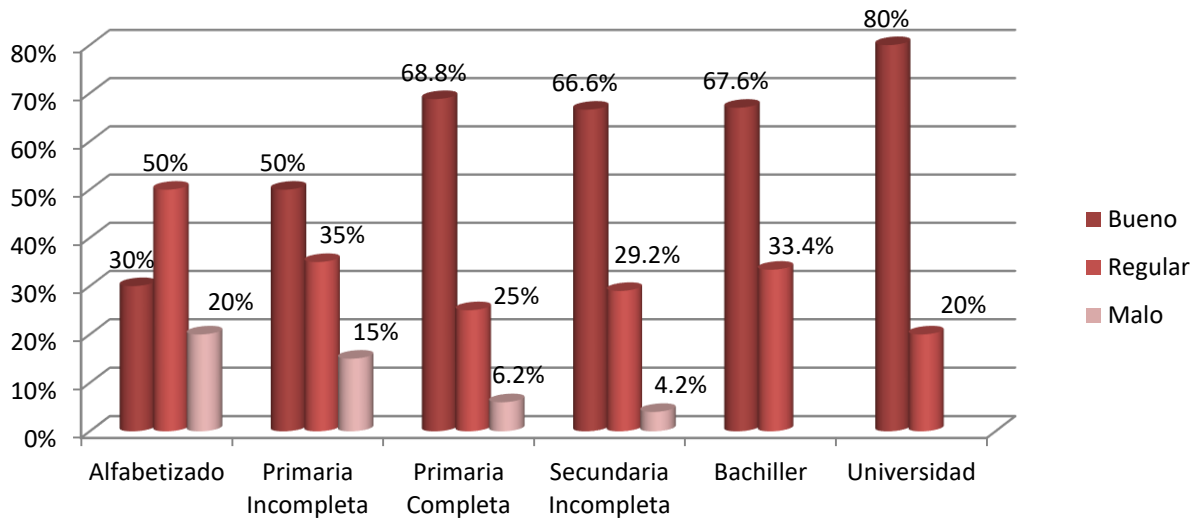
Fuente: Tabla 23

**Gráfico 24. Conocimiento según el sexo en los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



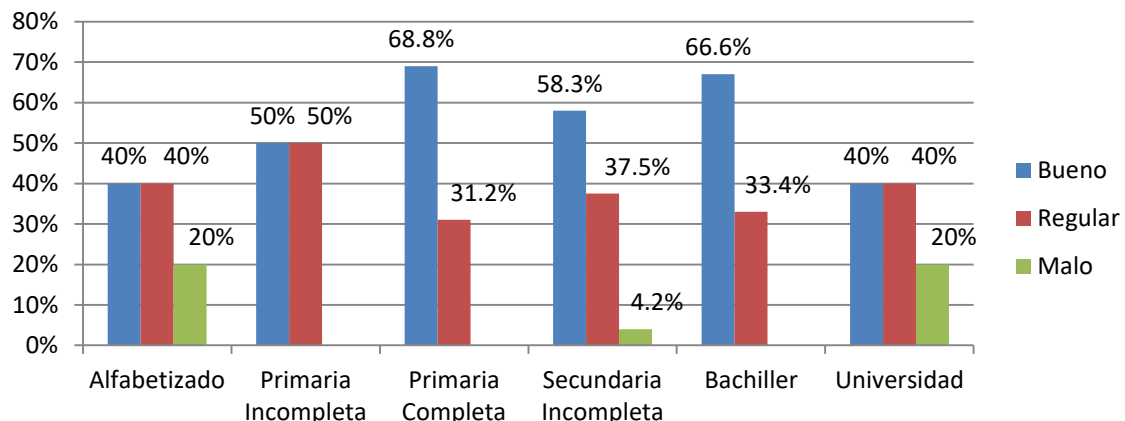
Fuente: Tabla 24

**Gráfico 25. Conocimientos según la escolaridad de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



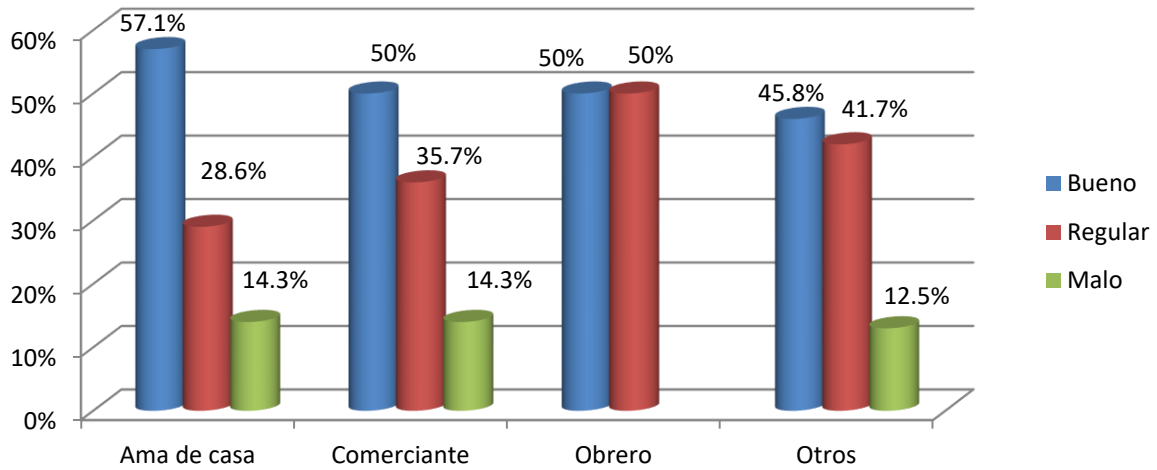
Fuente: Tabla 25

**Gráfico 26. Practicas según escolaridad de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



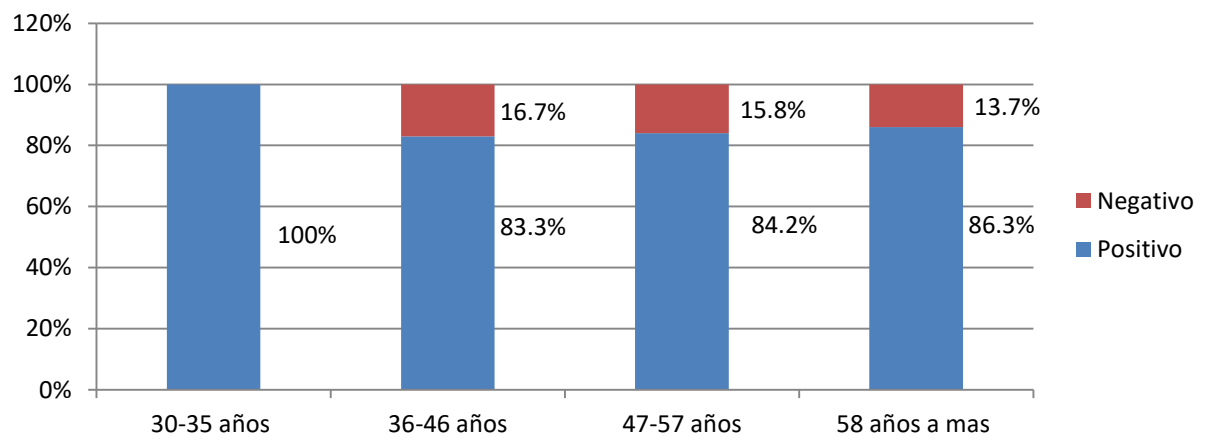
Fuente: Tabla 26

**Gráfico 27. Practicas según la ocupación de cada paciente con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



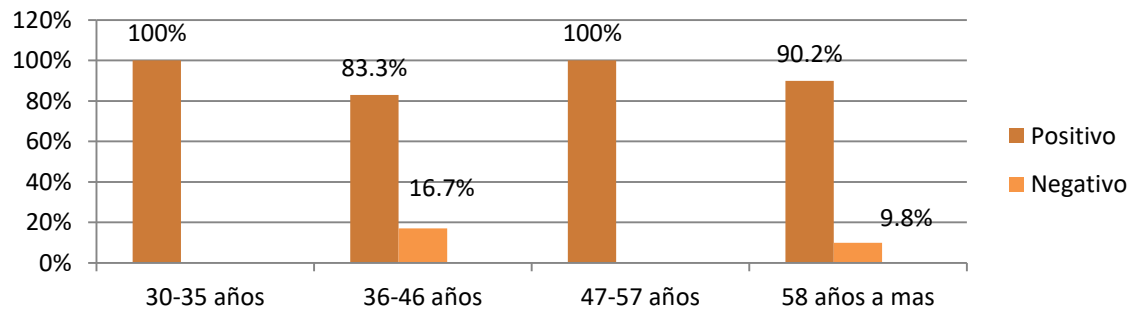
Fuente: Tabla 27

**Gráfico 28. Actitud según la edad ante el consumo de alcohol de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



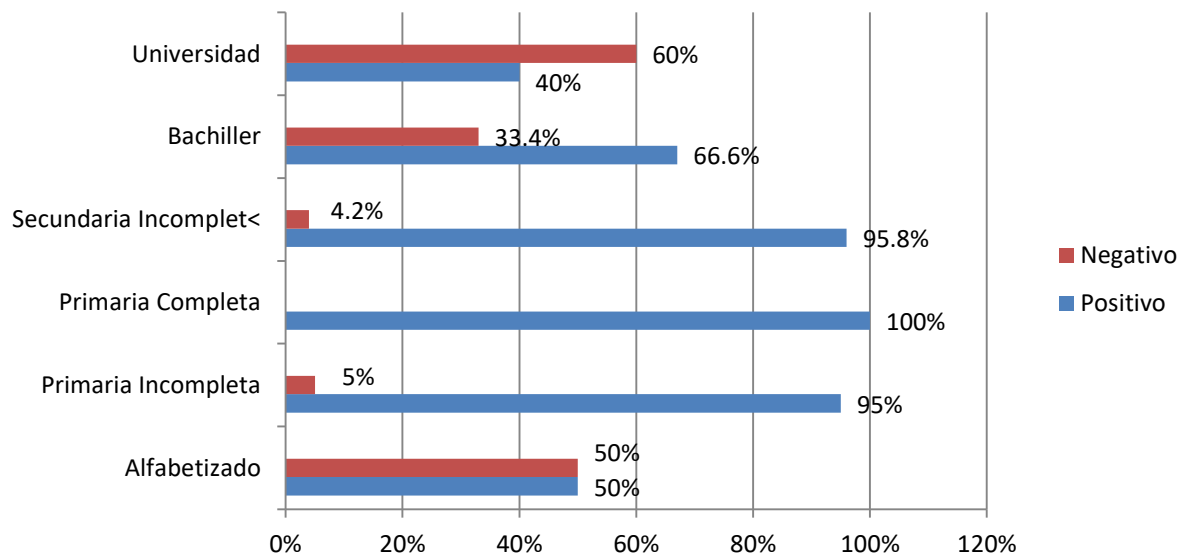
Fuente: Tabla 28

**GráficoTabla 29. Actitud según la edad ante el consumo de tabaco de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



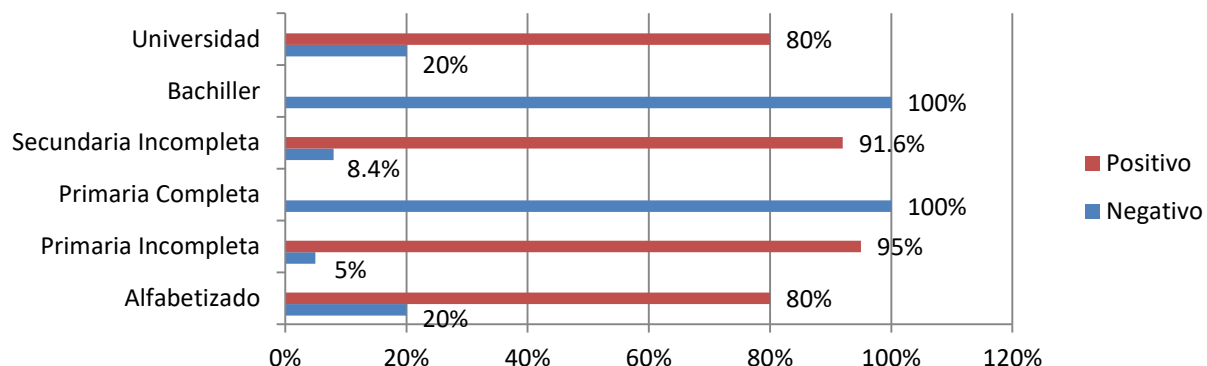
Fuente: Tabla 29

**Gráfico 30. Actitud según el grado de escolaridad ante el consumo de alcohol en los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



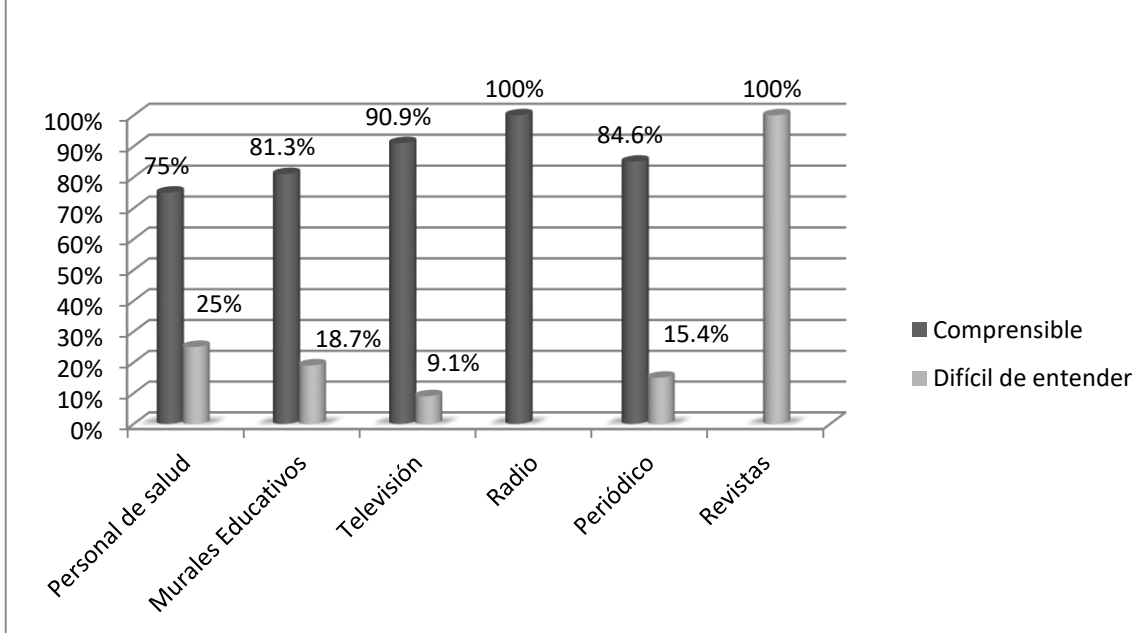
Fuente: Tabla 30

**Gráfico Tabla 31. Actitud según el grado de escolaridad ante el consumo de tabaco de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



Fuente: Tabla 31

**Gráfico 32. Nivel de comprensión según las fuentes de obtención de información de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el programa de dispensarizados del Centro de Salud Silvia Ferrufino**



Fuente: Tabla 32

