

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA,
MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



“TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA”

“Conocimientos y actitudes de diabetes mellitus en usuarios de dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el período de octubre del año 2015”

AUTORES: Br. Marbella López Quiroz
Br. Oxana de los Ángeles Narváez Aburto.

TUTOR: Dra. Silvia Mayela Bove Urbina
Pediatra - MSc. Epidemiología

Managua, Nicaragua, Noviembre 2015

CAPITULO I: GENERALIDADES

1. Dedicatoria

Principalmente quiero dedicar este trabajo a Dios, ya que gracias a él he llegado hasta este punto tan importante de mi vida.

A mis padres, gracias mamá y papá por haber estado conmigo en todo momento, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo les agradezco de corazón.

A mis hermanos Lisbeth, David y Dorianella por estar siempre conmigo y apoyarme tanto, y consentirme los quiero mucho.

A mis amigos muchas gracias por estar conmigo en todo este tiempo donde he vivido momentos felices y tristes, recuerden que los aprecio mucho y siempre estarán en mi corazón.

A mi compañera de trabajo, Oxana Narvárez Aburto, gracias por tu apoyo en momentos de desesperación, gracias porque juntas logramos compartir esta meta, después de un largo camino con altibajos, pero salimos adelante.

Marbella López Quiroz

En primer lugar, quiero dedicar mi trabajo a Dios, quien me ha dado la oportunidad de llegar a este punto tan importante de mi carrera.

A mi familia, por su gran amor que han tenido hacia mi toda mi vida; padres, abuelos, tíos y primos a mi abuela Esperanza Aburto quien siempre ha jugado un papel importante.

En especial a mi madre Oxana Aburto, quien desde que estaba en su vientre ya había dedicado su vida a mí, por su amor, apoyo, comprensión, a mi novio Donald Urbina quien en estos años ha estado a mi lado y me ha ayudado más de lo que se imagina.

A mi compañera de trabajo Marbella López, juntas recorrimos un largo camino con altibajos, tropezando y cayendo, más levantándonos aún más fuertes, y logramos llegar a cumplir esta meta.

A mis amigos y colegas, quienes en sus vidas y trabajo son ejemplo de perseverancia y dedicación.

Oxana de los Ángeles Narvárez Aburto

2. Agradecimiento

Primero y como más importante, me gustaría agradecer sinceramente a mi asesor de tesis monográfica Dra. Silvia Mayela Bove, su esfuerzo y dedicación.

Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigador.

A su manera ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con Ella por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado esta tesis monográfica.

Agradecemos también al Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán por permitirnos realizar nuestro estudio y a los pacientes de dispensarizados por apoyarnos a la recolección de datos, sin ellos esta tesis no se hubiese completado.

Marbella López Quiroz

Oxana de los Ángeles Narvárez Aburto

3. Opinión del tutor

La Diabetes Mellitus en nuestro país ha venido ocupando una de las primera causa de muerte en los últimos años; y lo que llama la atención y hemos observado que la tendencia es de venir afectando edades más tempranas.

Por lo que hay que incidir de manera temprana en la educación sobre diabetes en la población en general, para que de esta manera los pacientes tengan conocimientos bases de su patología y actitud positiva ante esta, y es esto lo que marca la diferencia en su calidad de vida; y en el resto de la población influirá en la prevención de esta patología mediante el cambio de sus hábitos y estilos de vida.

A las autoras del presente trabajo, las felicito por su esfuerzo en la realización de este trabajo, por el interés en esta problemática de salud pública; y que los resultados sirvan de línea base para futuros trabajos orientados a la mejora de los indicadores de la salud pública.

Las autoridades locales de salud deben de tomar el compromiso, de atender estos resultados y recomendaciones, para elaborar un plan de intervención, con el fin de mejorar la esperanza de vida de la población en general.

Atentamente:

Silvia Mayela Bove Urbina
Médico Pediatra

4. Resumen

Se realizó un estudio con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento y actitudes sobre diabetes mellitus en pacientes dispensarizados del centro de salud Francisco Morazán en el período de octubre del 2015. Para tal efecto se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, aplicados a Pacientes mayores de 30 años, hombres y mujeres con diagnóstico de Diabetes Mellitus atendidos en dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán, con un universo de 1,245 pacientes que padecen de diabetes tipo II y que son atendidos en dispensarizados, se hizo un muestreo no probabilístico, por conveniencia donde la encuesta se realizaría de lunes a viernes en el área de dispensarizados durante el período de octubre del año 2015 y se encuestaron a 120 pacientes. Conclusiones: Los pacientes encuestados más afectados según la situación sociodemográfica se encontraron entre las edades de 51-60 años, predominantemente el sexo femenino y en su mayor porcentaje la raza mestiza; Con respecto a la escolaridad la mayoría de la población logro estudiar hasta primaria, y ya que la mayoría de los encuestados fue femenino la ocupación predominante fue ama de casa; con respecto a los conocimientos básicos, sobre el control glicémico y de la prevención y complicaciones acerca de Diabetes Mellitus la mitad de la población logró aprobar con buenos conocimientos y todos tuvieron una actitud favorable. Recomendaciones: Se recomienda a la facultad de medicina promover la investigación científica respecto a este tipo de problemática y poder incidir en una mejor formación intelectual de los profesionales de salud ta también Al Minsa se recomienda, realizar educación continua sobre las normas y protocolos de enfermedades crónicas para implementar acciones que incluyan grupos de autoayuda y educación a los pacientes diabéticos ya que esta es la base para una mejor calidad de vida de dicho paciente. Fomentar la realización de ferias, talleres dirigidos a los pacientes del club de dispensarizados y gestionar un área en trabajo social de cada Hospital para brindarles la educación adecuada y primaria a aquellos pacientes que ingresen debutando con DM.

Tabla de contenido

CAPITULOS	PAGINAS
CAPITULO I: GENERALIDADES	I
1. DEDICATORIA	I
2. AGRADECIMIENTO	III
3. OPINIÓN DEL TUTOR	IV
4. RESUMEN	V
5. INTRODUCCIÓN	1
6. ANTECEDENTES	2
7. JUSTIFICACIÓN	8
8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
9. OBJETIVOS	10
10. MARCO TEÓRICO	11
CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODO	32
1. TIPO DE ESTUDIO:	32
2. LUGAR Y PERÍODO DE ESTUDIO:	32
3. UNIVERSO	32
4. MUESTRA	32
5. TIPO	32
6. UNIDAD DE ANÁLISIS:	32
7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	32
8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	32
9. LISTADO DE VARIABLES	33
10. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	34
11. FUENTE DE INFORMACIÓN:	41
12. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	41
13. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS	41
14. CRUCE DE VARIABLES	45
15. ASPECTOS ÉTICOS	45
CAPITULO III: RESULTADOS	47
1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	51
2. CONCLUSIONES	54
3. RECOMENDACIONES	55
4. BIBLIOGRAFÍA	56
5. ANEXOS	60

5. Introducción

La diabetes tipo 2 es uno de los mayores problemas para los sistemas de salud de Latinoamérica, región que abarca 21 países y más de 577 millones de habitantes. El crecimiento en el número de casos esperado para el año 2030 es mayor en nuestros países que lo pronosticado para otras áreas, se espera para entonces 39.9 millones de casos. La expectativa de crecimiento se basa en la prevalencia alta de las condiciones que preceden a la diabetes como la obesidad y la intolerancia a la glucosa. Aún más grave es que el 45% de los pacientes con diabetes ignoran su condición (Aschner & Colaboradores, 2013).

La salud de un individuo depende de una diversidad de elementos entre los cuales podemos mencionar: estilos de vida, conocimiento, exposición a factores de riesgo, oportunidades de acceso, promoción y prevención. Dichos componentes influyen considerablemente en la aparición, curso, o resolución de muchas patologías, y las enfermedades crónicas no se encuentran exentas de esto, en este mismo escenario cabe mencionar que la Diabetes Mellitus es una patología con un comportamiento muy interesante de analizar hoy en día en nuestra sociedad, y más aún lo es observar la influencia de los mismos sobre la evolución de ésta (Estrada N., 2010).

El manejo integral de la enfermedad requiere de un equipo multidisciplinario capacitado para abordar en forma objetiva, y de acuerdo con el mejor conocimiento disponible, haciendo hincapié en la participación activa del paciente en su autocuidado, como elemento fundamental para lograr y mantener un control glucémico adecuado y disminuir las complicaciones crónicas que se generan en el curso de la historia natural de la enfermedad (Navarro Cárdenas, Rodríguez Moctezuma, Munguía Miranda, & Hernández Santiago, 2000).

La educación es parte del tratamiento integral que debe recibir todo paciente diabético con el fin de desarrollar conocimientos sobre la enfermedad que padece, modificar su conducta y mejorar su práctica cotidiana, para disfrutar de una mejor calidad de vida; De esta forma es de vital importancia para el profesional de la salud de hoy en día el desarrollo de un plan específico educativo a pacientes con Diabetes Mellitus, acción que a su vez generaría un importante impacto en nuestra sociedad, de diferentes maneras tales como: disminución de gastos a diferentes instituciones de salud, menores tasas de complicaciones, y finalmente sirviendo como facilitadores durante un proceso de adaptación biológica, psicológica y social (Cerdas Gutiérrez & Clarke Spence, 2005).

6. Antecedentes

Nivel Mundial:

- “Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Fundación DONUM, de la ciudad de Cuenca 2011. Métodos y materiales: Es un estudio descriptivo, en el que se valoró el impacto de una intervención educativa sobre conocimientos, actitudes y prácticas en el cuidado integral del cuerpo, alimentación, ejercicio y tratamiento que poseen un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la Fundación DONUM. Se trabajó con los pacientes que acuden al control en el año 2010-2011 de la Fundación DONUM de la ciudad de Cuenca. Como técnicas se utilizó la entrevista a través de una encuesta y observación directa e indirecta, y como instrumentos contaremos con un formulario de observación previamente validado. Los datos fueron procesados en los programas Excel y se presentó mediante estadística descriptiva. Resultados: Mediante esta investigación se identificó que el 20% de los pacientes diabéticos desconocen sobre la diabetes, los cuidados y las complicaciones, lo cual influye directamente en la evolución de la enfermedad. Según la investigación realizada es importante recalcar que los conocimientos que tengan los pacientes sobre la diabetes mellitus, permitirá prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Conclusión: Según los resultados obtenidos a través de las encuestas podemos decir que los pacientes diabéticos que asisten a la Fundación DONUM tienen un alto déficit de conocimientos de lo que es la diabetes, cuidados, y complicaciones, por lo que es de gran importancia realizar charlas educativas con más frecuencia para de esta forma mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas”. (Quezada & Zhunio, 2011)

- “Determinar / Identificar el nivel de conocimiento actitudes y las 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, 2011. Metodología y material utilizado: El

estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental; descriptivo transversal, recolección de datos se empleó un cuestionario de 42 preguntas; la población fue de 80 personas tomada en un 100%, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%. Resultados: En conocimientos, el 51.3% bueno, 33.7% regular, 11.2 % muy bueno, 3,7% malo; actitudes, el 53,7% favorable, 43,7% totalmente favorable, 1,2 % favorable y desfavorable. Respecto a prácticas, el 37.5% regular, el 28,7% bueno, 25% malo, 5% muy bueno sólo el 3% muy malo. Conclusiones: - El nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2, en los trabajadores mayores de 35 años, en su mayoría bueno (51.3%), aunque existe también un 3.8% de la población presentó conocimientos malos. - Las actitudes frente a las medidas preventivas, son favorables (53.8%), sólo un 1.3% presentó actitud desfavorable. - Referente al nivel de prácticas sobre las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2, que presentan los trabajadores mayores de 35 años en su mayoría fue regular (37.5%), muy malo (3.8%), y malo (25%)". (Tello Vásquez, 2011)

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes diabéticos que asistieron a consulta en la Fundación Donum entre marzo-julio de 2014. Método y materiales: Se realizó un estudio descriptivo, en un universo de 290 pacientes que consultaron en la Fundación Donum entre marzo y julio de 2014. En ellos se aplicó el cuestionario KAP mediante entrevista, y los datos fueron analizados en el software Excel. Resultados: La mediana de la edad fue 64 años; la mínima, 33 y la máxima, 98. El 46,21% tenían entre 45-64 años. El 68,62% fueron mujeres. En el área urbana residen el 78,28%. El 54,83% se dedican a los quehaceres domésticos. Entre analfabetos y con nivel primario sumaron el 71,38%. Y el 46,21% tenían < de 10 años de evolución de la enfermedad. El nivel alto de conocimientos fue de 26,21%; el medio, de 68,97% y el bajo, de 4,83%. El nivel alto de actitudes, de 6,55%; el medio, de 35,17% y bajo, de 58, 28%. El nivel alto de prácticas, de 80%; el medio, de 17.93% y el bajo, de 2,07%. Conclusiones: El nivel alto de conocimientos fue menor al 30%, el de actitud menor al 10% y el nivel alto de prácticas, del 80%. (Paccha Loayza, Muñoz Verdugo, & Juca Ortega, 2014)

En Latinoamérica:

- El propósito de este estudio fue analizar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de educación dietética mediante una encuesta; se utilizó una escala de Likert, la cual se aplicó a través de una entrevista estructurada directa y codificada a pacientes en una unidad de atención primaria a la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Guadalajara, Jalisco, México. Se estudiaron 201 pacientes diabéticos tipo II, elegidos mediante un muestreo sistemático; la edad promedio fue de 54 años, predominó el sexo femenino (relación 1.7 a 1), su moda de escolaridad fue la educación primaria incompleta y la ocupación, los oficios en el hogar. El promedio de la glicemia central fue de 191 mg/dl con una desviación estándar de 120. El promedio de años de padecerla enfermedad fue de 5.5 con una desviación estándar de cinco; el 90 por ciento de los pacientes diabéticos consume hipoglucemiantes orales. Existe un alto nivel de conocimientos y actitudes sobre la educación dietética, pero un bajo nivel de prácticas educativo dietéticas. Se observó que sólo el 10 por ciento de los pacientes diabéticos tiene un control metabólico aceptable (CMA) y un valor CAP alto. Al relacionar el valor CAP con la edad de los pacientes, se observó una diferencia significativa (U: $p = <0.05$), lo cual no sucedió con el sexo, escolaridad, ocupación, ingreso económico, uso de hipoglucemiantes orales y de insulina, y años de evolución del padecimiento. Estos resultados hacen pensar en la necesidad de replantear y diseñar programas de educación dietética diabetológica que permita la instauración y modificación de hábitos y conductas, y que no se limite el proceso a la entrega de información. (Cabrera, Novoa, & Centeno, 1991)

- Determinar el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. Métodos: estudio descriptivo de una serie de casos realizado en el período comprendido entre enero y junio del 2008. El universo estuvo integrado por 120 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes a los consultorios médicos del Policlínico Docente Área V del municipio Cienfuegos, en el Consejo Popular "La Juanita". Para determinar el nivel de conocimientos se

aplicó un pre –test diseñado por el grupo de trabajo educativo del Centro de Atención y Educación al Diabético que se aplica a todos los pacientes ingresados en el centro. Resultados: el sexo femenino predominó sobre el masculino. El mayor número de pacientes tenía entre 5 y 10 años y más de 10 años de evolución de la enfermedad (40 % en ambos grupos); en el primer grupo el 21, 7 % posee un nivel insuficiente de conocimientos sobre la enfermedad y en el segundo el 25 %. La hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica son las enfermedades crónicas asociadas con mayor número de pacientes; la polineuropatía y la neuropatía las complicaciones crónicas más frecuentes. Conclusiones: los pacientes diabéticos necesitan un trabajo educativo sostenido para lograr mayores conocimientos sobre su enfermedad y vivir mejor con ella. (Vicente Sanchez, y otros, 2010)

En Nicaragua:

- La diabetes se manifiesta más en el sexo femenino y en el grupo de edad de mayores de 51 años. La ocupación más relevante es que son amas de casa y domesticas con un nivel educativo de primaria incompleta. 2.- El nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos entrevistados, en relación al concepto de Diabetes, y sus complicaciones es regular. Los grupos focales no saben cuáles son las complicaciones que ellos pueden presentar, estos confunden las complicaciones con los síntomas. Los pacientes entrevistados y los grupos focales tienen buenos conocimientos sobre la importancia de su dieta, medicamento y el ejercicio. 3.- Se encontró una contradicción entre los pacientes entrevistados y los grupos focales. Esta radica en la actitud, los primeros aceptan su enfermedad y tienen una actitud positiva no les incomoda hablar de su enfermedad, ni tampoco se consideran diferentes al resto de las personas, lo contrario de los grupos focales que no aceptan su enfermedad y se consideran diferentes, por lo tanto, su actitud es negativa. La motivación y aceptación de su enfermedad es fundamental para el buen control de la Diabetes, si el paciente acepta su enfermedad puede interferir o facilitar el conocimiento y cumplimiento

de las recomendaciones médicas. 4.- Los pacientes entrevistados tienen prácticas adecuadas para prevenir las complicaciones, tales como asistir a consulta y controlarse su azúcar en sangre mensualmente, toman sus medicamentos, realizan caminatas diarias, cumplen con la dieta que les manda el médico, aunque no les guste. (Morales Vallecillo, 2007)

- Se realizó un estudio con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento en relación a diabetes y su prevención, así como las actitudes y prácticas de las personas encuestadas. Para tal efecto se realizó un estudio descriptivo de corte transversal aplicado a comerciantes del mercado municipal de Masaya, tomando una muestra de 212 personas, en edades correspondientes entre 15 años a > de 75 años de ambos sexos, diabéticos y no diabéticos, obteniendo en la muestra un nivel de confianza del 99%, en tipo aleatorio simple, a través de encuestas directas. El estudio arrojó información que determina el nivel de conocimiento de las personas encuestadas, cumpliendo así los objetivos planteados en este trabajo. Los encuestados fueron clasificados en diabéticos y no diabéticos, determinando que, en un total de 106 diabéticos, predominó el sexo masculino, y las edades de 31 a 45 años. En un total de 106 personas no diabéticas, predominó el sexo femenino. El total de la muestra indicó el predominio del sexo masculino en el sector urbano, y un predominio del sexo femenino en el sector rural. Según el tiempo de la enfermedad y el conocimiento adquirido de los encuestados diabéticos observamos que los que presentan de 0 a 10 años de evolución de enfermedad coinciden 50% que es hereditaria contra un 28% en las mismas edades quienes dicen que la diabetes es curable. Conclusión se encontró que existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de estilos de vida del paciente con diabetes mellitus, de manera que a mayor nivel de conocimiento mejor estilo de vida, por lo tanto, se recomienda educar aún más a esta población para que tengas más herramientas y puedan adoptar una mejor actitud ante la enfermedad lo que conllevara a desarrollar buenas prácticas de salud y mejorar su calidad de vida. (Estrada N., 2010)

- Se realizó un estudio con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de sobre diabetes mellitus. Para tal efecto se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, aplicados a Pacientes mayores de 15 años, hombres y mujeres con diagnóstico de Diabetes Mellitus atendidos en la consulta externa del Hospital Regional Asunción Juigalpa, con un universo de 355 pacientes que padecen de diabetes tipo II y que son atendidos en la consulta externa, se hizo un muestreo no probabilístico, por conveniencia donde la encuesta se realizaría los miércoles y viernes durante enero-febrero del año 2014 y se encuestaron a 189 pacientes. Resultados: El 59.3% de la población encuestada es mayor de 60 años, El 54% de los encuestados son mujeres y el 46 % restante corresponde al sexo masculino Con respecto a los conocimientos básicos, sobre el control glicémico y de la prevención y complicaciones acerca de Diabetes Mellitus de la población en estudio se encontró que tenían buen nivel de conocimientos, esto es importante ya que a mayor nivel de conocimientos se obtiene buenas prácticas para una mejor calidad de vida. En relación a las proposiciones positivas que se realizaron a los encuestados todos están dispuestos a bajar de peso y mejorar su dieta, y la mayoría está dispuesto a realizar más ejercicio, y estuvieron interesados en participar en un grupo de auto ayuda. Se observó que a mayor edad la actitud se vuelve más favorable siendo los mayores de 60 años que presentaron la de actitud más favorable, además a mayor nivel de escolaridad los encuestados expresaron una actitud positiva. La mayor actitud favorable la expresaron los entrevistados que realizan otras actividades de trabajo seguidos de las amas de casa y los que trabajan actualmente presentaron mayor actitud desfavorable posiblemente por su falta de tiempo presentan negatividad para cambiar su estilo de vida. Al comparar nuestro estudio se demostró que los encuestados de mayor de edad, las amas de casa y los que trabajaban actualmente desarrollaban buenas prácticas, así como las personas que alcanzaron un buen nivel de conocimientos y una actitud favorable ante los factores de riesgo de Diabetes Mellitus también realizaban las mejores prácticas lo que favorece su salud y control adecuado de la patología (Fletes Bravo & Gaitan Hernández, 2014).

7. Justificación

“Hoy en día hay 382 millones de personas que viven con diabetes. Algunos todavía piensan que la diabetes es una enfermedad de ricos, pero un 80% de las personas con diabetes vive 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 2014, se calculó que en Nicaragua había 356, 100 casos de diabetes de 20 a 79 años y 98,920 casos no diagnosticados de diabetes con una prevalencia de 10.32%, hay 3,166.62 de muertes relacionadas con la diabetes entre las edades de 20-79 años y se estipula un gasto sanitario medio de U\$ 221.23 (dólares estadounidenses) por persona diabética” (...) (Sir Michael Hirst, 2013).

Las causas más comunes de la ineficacia del tratamiento son la ausencia de programas que empoderen al paciente en la adopción de un estilo de vida saludable, la inercia terapéutica, la depresión y la falta de adherencia al tratamiento farmacológico (Aschner & Colaboradores, 2013).

En el centro de salud y Policlínico Francisco Morazán del municipio de Managua se implementan charlas de nutrición y acerca de diabetes mellitus a través de los clubes de dispensarizados impartidos por estudiantes de medicina y enfermería, pero no se ha realizado un estudio donde se valore que tanto han aprendido y como ha mejorado la actitud de estos pacientes con respecto a la diabetes, por lo tanto es importante realizar este estudio acerca de Diabetes Mellitus, porque se pretende determinar los conocimientos y actitudes que tienen los usuarios acerca de esta enfermedad y con los resultados obtenidos insertar nuevas estrategias en los programas educativos basados en conceptos de psicología y sociología a fin de lograr un mayor aprendizaje haciendo énfasis en el ejercicio de la promoción y la educación por parte de los médicos en todos los niveles de atención para mejorar la morbimortalidad por diabetes mellitus de los pacientes de dispensarizados del centro de salud Francisco Morazán.

8. Planteamiento del problema

Según la FID para el 2014, se calculó que en Nicaragua había 356, 100 casos de diabetes de 20 a 79 años y 98,920 casos no diagnosticados de diabetes con una prevalencia de 10.32%, hay 3,166.62 de muertes relacionadas con la diabetes entre las edades de 20-79 años y se estipula un gasto sanitario medio de U\$ 221.23 (dólares estadounidenses) por persona diabética.

En el primer semestre del 2010 las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente la Diabetes e hipertensión ocuparon el segundo lugar entre los principales problemas de salud

La información es fundamental, pero lo es más la sensibilización para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar la aparición de las complicaciones, por ello nos planteamos el siguiente problema:

¿Cuáles son los conocimientos y actitudes en usuarios de dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán en el periodo de noviembre del año 2015?

9. Objetivos

Objetivo general:

Determinar los conocimientos y actitudes en usuarios de dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán en el período de octubre del año 2015.

Objetivos específicos:

- Describir las características socio demográficas de la población en estudio.
- Identificar los elementos utilizados para la obtención de la información de los pacientes en estudio.
- Valorar el nivel de conocimiento referente a la diabetes mellitus tipo 2 en la población en estudio.
- Conocer las actitudes de la población estudiada en relación a los factores de riesgo de la diabetes mellitus tipo 2.

10. Marco teórico

Epidemiología

“Nicaragua, situada en América Central, es el segundo país más pobre del hemisferio occidental. En 2002, las muertes por enfermedad crónica representaron un 37% del total (...). Entre 2000 y 2006, la cifra de personas ingresadas en un hospital por diabetes aumentó en un 54%. En Nicaragua, hay falta de enfermeros y especialistas. Por ejemplo, tan sólo hay seis endocrinos. De los enfermeros que entrevistamos que trabajan en atención diabética, el 38% no había recibido ningún tipo de formación especializada en diabetes. En el año 2005, unos 35 millones de personas de todo el mundo murieron debido a las enfermedades crónicas y se prevé que aumentarán 17% para 2015” (Beran, Atlan-Corea, Tapia, Martinez, & Guadamuz de Castro, 2007).

No tenemos estadísticas precisas relativas a Nicaragua; los siguientes datos se obtuvieron del RAPIA más reciente. El gasto total en medicamentos antidiabéticos sumó 61.689 USD, o, lo que es lo mismo, el 5% del gasto total del Ministerio de Salud en medicamentos (Villagra, 2006).

En 2005 la diabetes mellitus ocupó la tercera causa de muerte en Nicaragua, con una tasa de mortalidad de 19.4 por 100,000 habitantes. Es posible la existencia de sub-registro, debido a que los datos de mortalidad se refieren solamente a las causas inmediatas de muerte y no a las causas básicas. Las enfermedades del aparato circulatorio ocupan el primer lugar con una tasa de mortalidad de 76.7 por 100,000 habitantes en 2005 (Beran, Atlan-Corea, Tapia, Martinez, & Guadamuz de Castro, 2007).

En Nicaragua, a la par de la disminución de las enfermedades inmuno-prevenibles y otras infecciosas, se ha incrementado la urbanización, y la esperanza de vida. De acuerdo a la CEPAL, la esperanza de vida en 2005 en Nicaragua fue de 67.2 en los hombres y 71.9 años en las mujeres, mientras que las estimaciones para

2010 indican 68.7 y 73.5 respectivamente para hombres y mujeres (Beran, Atlan-Corea, Tapia, Martinez, & Guadamuz de Castro, 2007).

Características Sociodemográficas

Edad: Ya observamos que en Nicaragua la tendencia descrita para la DM es de venir afectando edades más tempranas (15 a 34 años) y edades productivas (35 a 49 años). En cuanto a las consultas por diabetes, observamos que el 1.68 % son menores de 15 años; 10.78% entre 15 y 34 años; 23.23% entre 35 y 49; 38.64 % entre 50 a 64 años y 25.66 % para 65 y más años, esto repercutirá en pérdidas de años-vida, así como de días laborables (Villagra, 2006).

Casi la mitad de todos los adultos con diabetes tienen entre 40 y 59 años de edad. Más del 80% de los 184 millones de personas con diabetes de este grupo de edad vive en países de ingresos medios y bajos. Este grupo de edad seguirá incluyendo el mayor número de personas con diabetes en los próximos años. En 2035, se espera que este número aumente a 264 millones. Y también, más del 86% vivirá en países de ingresos medios y bajos (Sir Michael Hirst, 2013).

Sexo: 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 (Sir Michael Hirst, 2013).

“Se comunica que la DM 2 se desarrolla con mayor frecuencia en las mujeres, en una proporción de 1.7:1. Se han tratado de explicar estos hallazgos, quizás por la presencia del síndrome de ovarios poliquísticos (SOP)” (Licea Puig, Bustamante Teijido, & Lemane Pérez, 2008). Según Encuesta Multinacional de Diabetes e Hipertensión y sus factores de riesgo (Managua, Nicaragua, 2010), el 54% de los encuestados son del sexo femenino y el 46% son del sexo masculinos (Beran,

Atlan-Corea, Tapia, Martinez, & Guadamuz de Castro, 2007). El número de muertes atribuibles a la diabetes en la región latinoamericana en 2011 fue 103,300 en los hombres y 123,900 en las mujeres (Aschner & Colaboradores, 2013).

Procedencia: 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 2035 se espera que la diferencia aumente con 347 millones de personas en zonas urbanas y 145 millones en zonas rurales (Sir Michael Hirst, 2013).

Existen algunas peculiaridades de las personas con diabetes que residen en Latinoamérica. Los movimientos migratorios de las provincias hacia las capitales o a los Estados Unidos determinan cambios mayores de conducta que incrementan el riesgo de tener diabetes y otras enfermedades crónicas. En 2012, el 82% de la población latinoamericana se concentraba en zonas urbanas. La prevalencia de diabetes es menor en regiones rurales. Sin embargo, este fenómeno se encuentra en transición por la creciente migración y urbanización de las comunidades. Por otra parte, la etnicidad amerindia o afroamericana se asocia a peculiaridades de la expresión clínica. El componente genético amerindio aumenta el riesgo de tener diabetes, la enfermedad se expresa a una edad menor y con índices de masa corporal más bajos comparado con los caucásicos. Algunas co-morbilidades (como el colesterol de HDL bajo y la hipertrigliceridemia) y complicaciones crónicas (como la retinopatía y la nefropatía) son más comunes en los mestizos. La etnicidad afro-americana aumenta el riesgo de tener hipertensión arterial y obesidad (Aschner & Colaboradores, 2013).

Ocupación: 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 (Managua, Nicaragua 2010), el 54.8% de los encuestados están sin ocupación (Beran, Atlan-Corea, Tapia, Martinez, & Guadamuz de Castro, 2007).

Escolaridad: La relación entre el grado de escolaridad y el conocimiento alcanzado por los pacientes es tratado en diferentes estudios consultados, en los que se plantea que el nivel bajo de escolaridad, ciertamente, puede limitar el acceso a las informaciones, debido al posible compromiso de las habilidades de lectura, escritura, comprensión o del habla, condición esta que puede reducir el acceso a las oportunidades de aprendizaje que se relacionan con el cuidado a la salud. Según el estudio de prevalencia y observacional (Gómez Ramírez, 2007).

Definición

El término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina (Aschner & Colaboradores, 2013).

Factores de Riesgo

Existen factores de riesgo que han sido vinculados a la presencia de DM2, y por ello se recomienda la búsqueda de casos con base en criterios clínicos y demográficos. En población latinoamericana la presencia de obesidad abdominal definida como cintura mayor a 90 cm en varones y 80 cm en mujeres se asoció significativamente con el desarrollo de DM, con una razón de probabilidades de Odds Ratio (OR) de 1.63 y 2.86 respectivamente (Aschner & Colaboradores, 2013).

Los niveles glucémicos de riesgo, como por ejemplo la glucemia de ayuno alterada, generan un riesgo relativo (RR) de 7.7 para el desarrollo de DM2. En mujeres hispánicas la diabetes gestacional previa se asocia a un mayor riesgo de desarrollo de DM2; esta tendencia es empeorada por ganancia ulterior de peso,

nuevos embarazos y uso de contraceptivos de progesterona. También en mujeres hispanoamericanas, la mezcla amerindia (determinada genéticamente) se asocia al riesgo de DM2 y la detección genética de ancestros europeos disminuye el riesgo de DM2 en Colombia y México, pero ésta protección es atenuada o anulada al ajustar por estrato socioeconómico. Así mismo la historia de diabetes en los padres es un factor de riesgo significativo para DM, independientemente de edad, género o adiposidad, y curiosamente confiere un riesgo mayor en individuos delgados (OR 7.86 vs 3.87 en obesos) (Aschner & Colaboradores, 2013).

En las personas con Diabetes preexistente, la depresión es un factor de riesgo independiente para sufrir enfermedad coronaria cardiaca. Los autores de este estudio concluyen que se necesitan más investigaciones para identificar los mecanismos fisiológicos y conductuales que cuentan para estos hallazgos.

Algunas recomendaciones para enfrentar la depresión. El primer paso es reconocer la depresión. El segundo es buscar ayuda. Comprobar si tiene estos síntomas (Estrada N., 2010).

Criterios Diagnósticos

Según las Guías del ALAD del 2013 (Aschner & Colaboradores, 2013), Para el diagnóstico de la DM se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

1. Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL (11.1 mmol/l). Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen aumento en el apetito, poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.
2. Glucemia de ayuno medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dL (7 mmol/l). Ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas.
3. Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de 75 g de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG).

4. Una A1c mayor o igual a 6.5%, empleando una metodología estandarizada y trazable al estándar NGSP (National Glycohemoglobin Standardization Program).

Para el diagnóstico en la persona asintomática es esencial tener al menos un resultado adicional de glucemia igual o mayor a las cifras que se describen en los numerales dos y tres. Si el nuevo resultado no logra confirmar la presencia de DM, es aconsejable hacer controles periódicos hasta que se aclare la situación. En estas circunstancias el clínico debe tener en consideración factores adicionales como edad obesidad, historia familiar, comorbilidades, antes de tomar una decisión diagnóstica o terapéutica (Aschner & Colaboradores, 2013).

La medición de glucometría pre y postprandial sólo tiene indicación en pacientes ya diagnosticados con diabetes, en quienes ayuda a evaluar el impacto de la alimentación o a optimizar las dosis de ciertos medicamentos, pero no tiene ningún lugar en el diagnóstico de la diabetes (Aschner & Colaboradores, 2013).

Clasificación:

Según la IDF (Sir Michael Hirst, 2013), hay tres tipos principales de diabetes:

- La diabetes tipo 1
- La diabetes tipo 2
- La diabetes gestacional

Según las guías del ALAD¹: la clasificación de la Diabetes Mellitus se basa fundamentalmente en su etiología y características fisiopatológicas, pero adicionalmente incluye la posibilidad de describir la etapa de su historia natural en la cual se encuentra la persona. La clasificación de la DM contempla cuatro grupos:

- Diabetes tipo 1 (DM1)
- Diabetes tipo 2 (DM2)
- Diabetes gestacional (DMG)

- Otros tipos específicos de diabetes

Con frecuencia las personas con DM2 llegan a requerir insulina en alguna etapa de su vida y, por otro lado, algunos DM1 pueden progresar lentamente o tener períodos largos de remisión sin requerir la terapia insulínica. Por ello se eliminaron los términos no insulino e insulino dependiente para referirse a estos dos tipos de DM.

En la DM1 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. A este grupo pertenecen aquellos casos denominados por algunos como diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). Recientemente se ha reportado una forma de diabetes tipo 1 que requiere insulina en forma transitoria y no está mediada por autoinmunidad.

La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune, pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos conocidos da resultados negativos. Por lo tanto, cuando es posible medir anticuerpos tales como anti-GAD65, anticélulas de islotes (ICA), antitirosina fosfatasa IA-2 y antiinsulina, su detección permite subdividir la DM1 en autoinmune o idiopática.

La DM2 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. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. 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. Desde el punto de vista fisiopatológico, la DM2 se puede subdividir en:

- Predominantemente insulinoresistente con deficiencia relativa de insulina.
- Predominantemente con un defecto secretor de la insulina con o sin resistencia a la insulina

La diabetes mellitus gestacional (DMG) constituye el cuarto grupo. Esta se define como una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Se aplica independientemente de si se requiere o no insulina, o si la alteración persiste después del embarazo y no excluye la posibilidad de que la alteración metabólica haya estado presente antes de la gestación.

Manifestaciones Clínicas

La Diabetes mellitus muchas veces no provoca ninguna molestia, pasando desapercibida durante mucho tiempo, en algunos casos suele ser diagnosticada casualmente. Un gran porcentaje de pacientes que son diagnosticados como diabéticos, asisten a consultas médicas por molestias a nivel visual, infecciones de vías urinarias, mareos o pérdida de peso. Muchas veces atribuyen sus molestias a dislipidemias, o problemas hormonales como los tiroideos. Los hallazgos ocurren en forma casual al realizarse las pruebas químicas de laboratorio incluyen un examen de glucosa en el cual ya se encuentra alteraciones que posteriormente se confirman con un examen de glucosa post-prandial o curvas de glucosa (Linzan Muñoz, 2009).

- Los síntomas de la diabetes son:
- Polidipsia
- Poliuria

- Cansancio
- Decaimiento
- Baja de peso
- Calambres y amortiguamiento de piernas
- Visión borrosa

Cuando la glucosa está elevada el organismo trata de eliminar ese exceso de glucosa por la orina determinando que la persona orine más frecuente, lo que lleva a una deshidratación, para ser compensada se activa el mecanismo de la sed, la sed excesiva se desarrolla a medida que el cuerpo trata de reponer el agua que se está eliminando. También va a presentar debilidad, fatiga, cansancio, pérdida de peso, debido a que el organismo no puede utilizar o almacenar glucosa (Goday, 2002).

Otros síntomas pueden incluir infecciones, comezón, entumecimiento, dolor u hormigueo de pies y manos, disminución de la visión. Alrededor de un 30 a 50% de pacientes no presenta síntomas o son muy leves, lo cual en la mayoría de los casos retrasa el diagnóstico y tratamiento oportuno. Por lo tanto, es necesario que toda la población conozca sobre estos síntomas y así pueda concurrir en forma temprana e inmediata al médico, para confirmar o descartar DM (Goday, 2002).

Complicaciones De La Diabetes mellitus

Las personas con diabetes corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud que pueden provocar discapacidad o la muerte. Los constantemente altos niveles de glucosa en sangre pueden conducir a enfermedades graves que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. Las personas con diabetes también tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones. En casi todos los países de renta alta, la diabetes es la principal causa de las enfermedades cardiovasculares, la ceguera, la insuficiencia renal y la amputación de miembros inferiores; y a medida que la prevalencia de la diabetes tipo 2 crece en países de renta baja y media, también lo hace el impacto de estas costosas

complicaciones tanto en términos humanos como económicos. El mantenimiento de los niveles normales de glucosa en sangre, presión arterial y colesterol puede ayudar a retrasar o prevenir las complicaciones de la diabetes. Las personas con diabetes requieren un seguimiento regular de las complicaciones (Sir Michael Hirst, 2013).

- La enfermedad cardiovascular

La enfermedad cardiovascular es la causa más común de muerte y discapacidad entre las personas con diabetes. Algunas de las enfermedades cardiovasculares que acompañan a la diabetes son la angina de pecho, el infarto de miocardio (ataque al corazón), la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva. En las personas con diabetes, la presión arterial alta, el colesterol alto, la alta glucosa en sangre y otros factores de riesgo contribuyen al aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares (Sir Michael Hirst, 2013).

- Retinopatía diabética

La persistencia de altos niveles de glucosa en sangre, junto con la presión arterial alta y el colesterol alto, son la principal causa de retinopatía. La red de vasos sanguíneos que irrigan la retina puede bloquearse y dañarse en retinopatía, lo que lleva a la pérdida permanente de la visión. La retinopatía se puede tratar a través de controles regulares de los ojos y manteniendo unos niveles normales de glucosa (Sir Michael Hirst, 2013).

La retinopatía diabética afecta al 15-50% de los pacientes con DM2, presentando alrededor del 10% retinopatías proliferativas. El 20-30% de las cegueras registradas es consecuencia de la retinopatía diabética. Entre los afiliados a la Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE), la DM es la tercera patología causante de deficiencia visual. La DM presenta un riesgo relativo de pérdida de visión 20 veces superior al de la población no diabética. Las cataratas

son 1.6 veces más frecuentes en la población diabética. El glaucoma de ángulo abierto es 1.4 veces más frecuente en los diabéticos. Después de 20 años del diagnóstico de diabetes, prácticamente el 100% de los pacientes con DM1 y el 60% de los pacientes con DM2 presentan retinopatía diabética (Goday, 2002).

- Nefropatía diabética

La nefropatía está presente entre el 3 y el 35% de los pacientes con DM2. El riesgo relativo de padecer insuficiencia renal es 25 veces superior entre los sujetos que padecen DM. Del 30 al 50% de estas personas, con una evolución de la enfermedad de 10 a 20 años, presenta algún grado de afección renal. Actualmente la DM supone la primera causa de inclusión en programas de hemodiálisis en España (República de Nicaragua, Noviembre,2011).

- Neuropatía diabética

Es la complicación más frecuente de la DM2, y se estima que alrededor del 40% de los diabéticos presentan algún tipo de alteración neuropática en el momento del diagnóstico. La prevalencia varía mucho de unos estudios a otros, dependiendo de los criterios diagnósticos empleados y de la sensibilidad de las pruebas utilizadas. Su prevalencia aumenta con el tiempo de evolución de la diabetes y con la edad del paciente. El riesgo relativo de neuropatía entre los diabéticos es 7 veces superior al de la población general. Así, la polineuropatía diabética afectaría a más del 40% de la población de pacientes con DM con más de 10 años de evolución de su enfermedad. En todo caso, las elevadas prevalencias de las complicaciones crónicas de la DM condicionan que esta enfermedad tenga un fuerte impacto sobre los costes sanitarios generales y sobre los de hospitalización. (República de Nicaragua, Noviembre,2011).

- El pie diabético

Las personas con diabetes pueden desarrollar una serie de problemas en los pies como consecuencia de los daños en los nervios y los vasos sanguíneos. Estos problemas pueden conducir fácilmente a la infección y ulceración, lo que aumenta el riesgo de amputación. Las personas con diabetes se enfrentan a un riesgo de amputación que puede ser más de 25 veces superior al de personas sin diabetes.⁵

- Complicaciones del embarazo

Las mujeres con cualquier tipo de diabetes durante el embarazo corren el riesgo de sufrir varias complicaciones si no vigilan con atención y controlan su enfermedad. Las mujeres con diabetes tipo 1 requieren una planificación detallada y una estrecha vigilancia antes y durante el embarazo para reducir al mínimo las complicaciones. Los altos niveles de glucosa en sangre durante el embarazo pueden conducir a cambios en el feto que le hagan desarrollar un tamaño y peso excesivos, además de producir exceso de insulina. Esto puede provocar problemas en el parto y lesiones en el bebé y en la madre, además de una caída repentina de azúcar en sangre (hipoglucemia) en el bebé después del nacimiento. Los niños que están expuestos durante mucho tiempo a altos niveles de glucosa en la matriz tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante en la vida (Sir Michael Hirst, 2013).

- La salud oral

La diabetes puede ser una amenaza para la salud oral. Por ejemplo, hay un mayor riesgo de inflamación de las encías (gingivitis) en las personas con mal control de la glucosa. La gingivitis, a su vez, es una causa importante de pérdida

de dientes y también puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares (Sir Michael Hirst, 2013).

- La apnea del sueño

La reciente investigación demuestra la probabilidad de una relación entre la diabetes tipo 2 y la apnea obstructiva del sueño. Las estimaciones sugieren que hasta el 40% de las personas con apnea del sueño tienen diabetes, aunque se desconoce la incidencia de nuevos casos de diabetes en personas con apnea del sueño. En las personas con diabetes tipo 2, la apnea del sueño puede tener efectos en su capacidad de controlar la glucosa en sangre (Sir Michael Hirst, 2013).

Tratamiento:

Si las personas evaluadas se clasifican como euglucémicas (normales), se les sugiere mantener estilos de vida saludables. De clasificarse como prediabetes y diabetes se les debe aplicar protocolo de atención para la evaluación y seguimiento; para el tratamiento se debe recomendar los cambios en el estilo de vida e iniciar tratamiento farmacológico (insulina y/o hipoglucemiantes orales) (República de Nicaragua, Noviembre, 2011).

Un tratamiento completo de la diabetes debe incluir una dieta sana (como, por ejemplo, la dieta mediterránea) y ejercicio físico moderado y habitual. Así mismo conviene eliminar otros factores de riesgo cuando aparecen al mismo tiempo como el hipercolesterolemia (Harrison, 2006).

Educación sobre la enfermedad (República de Nicaragua, Noviembre, 2011)

- ¿Qué es la Diabetes?
- Cambios en el estilo de vida
- Auto monitoreo

- Complicaciones

Cambios en el Estilo de Vida en Prediabetes y Diabetes Mellitus Tipo 1 y 2.

(República de Nicaragua, Noviembre, 2011)

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: auto monitoreo del paciente, incrementos de metas realistas, apoyo social y familiar, reforzamiento adecuado.

- Abandono de tabaco
- 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.
- Nutrición: El manejo nutricional debe incluir restricción calórica, incrementos en el consumo de fibra, disminución del consumo de sal y de grasa saturada.
- Dieta y ejercicio físico: Mantener una dieta sana es una de las mejores maneras que se puede tratar la DM. Lo que esto significa es que la persona no puede comer muchas comidas con contenido de harina blanca. Elegir panes y pastas hechas de harina integral es no solo mucho más saludable, sino que también va a ayudar a la persona controlar mejor la insulina que el cuerpo produce. También hay muchos productos en el mercado que están hechos para los diabéticos. En los EE.UU. los productos se llaman "Sugar Free", o sea, "Sin Azúcar". Estos productos tienen contenidos de azúcar artificial que no tiene calorías, pero le da el sabor dulce a la comida. Se debe, no obstante,

tener mucho cuidado con estos productos, ya que "Sin azúcar" (O sin carbohidratos con índice glucémico alto), no es lo mismo que "Sin Carbohidratos". Unas galletas en las que figure "Sin azúcar" contendrán muy pocos hidratos de carbono con índice glucémico alto, pero contendrán no obstante muchos hidratos de carbono procedentes del cereal de las galletas que es necesario controlar. El ejercicio es otra cosa muy importante en el tratamiento de la diabetes.

Tratamiento Farmacológico

- Biguanidas: Como la metformina. Aumentan la sensibilidad de los tejidos periféricos a la insulina, actuando como normoglicemiantes
- Sulfonilureas: Como la clorpropamida y glibenclamida. Reducen la glucemia intensificando la secreción de insulina.
- Meglitinidas. Como la repaglinida y nateglinida. Estimulan la secreción de insulina.
- Inhibidores de α -glucosidasa. Como la acarbosa. Reducen el índice de digestión de los polisacáridos en el intestino delgado proximal, disminuyendo principalmente los niveles de glucosa postprandial.
- Tiazolidinediona. Como la pioglitazona. Incrementan la sensibilidad del músculo, la grasa y el hígado a la insulina.
- Insulina. Es el medicamento más efectivo para reducir la glucemia, aunque presenta hipoglucemia como complicación frecuente.
- Agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1). Como la exenatida. El GLP-1 es un péptido de origen natural producido por las células L del intestino delgado, potencia la secreción de insulina estimulada por la glucosa.
- Agonistas de amilina. Como la pramlintida. Retarda el vaciamiento gástrico, inhibe la producción de glucagón de una manera dependiente de la glucosa.

- Inhibidores de la Di-Peptidil-Peptidasa-IV. Como la sitagliptina. Intensifican los efectos de GLP-1.

Conocimientos

Según la Real Academia Española en su 22ª edición, el conocimiento implica datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término Conocimiento se usa en el sentido de hecho, información y concepto; pero también como comprensión y análisis; la especie humana ha progresado en la medida que ha aculado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar. 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 (Real Academia Española, 2001).

Actitudes

Según la Real Academia Española en su 22ª. Edición, la actitud proviene del latín *actitudo* o que se define como la disposición de ánimo manifestada de algún modo (Real Academia Española, 2001).

La correlación significativa entre actitud y conocimiento de la persona con DM sugiere que el aumento del conocimiento está asociado a la predisposición para asumir el auto cuidado. En el caso particular del manejo de la DM, esa predisposición propicia la reducción del estrés asociado a la enfermedad, una mayor receptividad al tratamiento, la confianza en el equipo multi-profesional, la mejora de la autoestima, el sentido de auto eficacia, la percepción más positiva acerca de la salud y la aceptación social (Bustos Saldaña, 2006).

Existe una importante conexión entre presentar un buen conocimiento sobre diabetes y el autocuidado; pero, aun así, no se han modificado las actitudes para el enfrentamiento más adecuado de la enfermedad. Por ello, resulta la necesidad

de reforzar permanentemente la evaluación de los programas de educación en DM para orientar estrategias educacionales que tengan significado para que las personas perfeccionen la disposición para el aprendizaje y, consecuentemente, refuercen la actitud positiva en el enfrentamiento de la enfermedad. Por otro lado, hay consenso en la literatura sobre los cambios de actitudes, ocurridas durante el proceso educativo, que pueden contribuir para mejorar la calidad del cuidado y reducir los costos directos e indirectos de la salud (Suarez Perez & García Gonzales, 2005).

La educación se mantiene como el eslabón más débil en la cadena de la atención integral en DM. Resulta difícil encontrar un servicio que ponga igual énfasis en los aspectos educativos que en el cuidado clínico, además de ser muy frecuente encontrar que los programas de educación en diabetes se reducen a ofrecer información clínica, sin tener en cuenta ni el nivel de comprensión ni las inquietudes del paciente (Harrison, 2006).

Como se puede tener una actitud positiva ante algo que se tiene dudas, sabemos que la frustración es grande ante algo que desconocemos y es por ello que se convierte en un reto persuadir a un individuo a tomar el control de su enfermedad si desconoce los beneficios que trae poner interés a los cambios que esta enfermedad implica para mejorar no solo el control de su morbilidad sino también su propio estilo de vida.

- Reducción del estrés

Los pacientes con DM sufren de un estrés psicológico importante; pues se les hace un diagnóstico que va a cambiar su vida y puede acortarla; por otro lado, se dan cuenta que esta enfermedad es potencialmente capaz de dificultar su desarrollo por la existencia de complicaciones como ceguera, nefropatía, etc. Además, deben de enfrentarse ante la responsabilidad del cuidado diario de su salud, siguiendo las indicaciones que les da el médico sobre su dieta, ejercicio,

toma de medicamentos, monitoreo de la glucosa; esto implica cambios en su estilo de vida; siendo esto quizá el obstáculo más difícil de vencer. En estos cambios del estilo de vida es muy importante el entorno social, los familiares, amigos y el equipo de salud son las principales fuentes de apoyo.

El estrés emocional por sí mismo constituye en muchas ocasiones el motivo que justifica el descontrol. La aparición de eventos vitales que demandan un reajuste psicológico se encuentra entre estas causas. Los conflictos y tensiones vivenciales por el paciente en el ámbito personal, familiar, laboral, para los que no tiene una solución adecuada y que afectan su estabilidad constituyen con frecuencia motivo de consulta e ingreso por provocar descompensación de la DM (República de Nicaragua, Noviembre,2011).

- Receptividad al tratamiento

La manera en como la persona recibe el tratamiento es fundamental, y esto depende en gran manera a la actitud que se tenga para cumplirlo. En esto la personalidad y el estado emocional; así como el apoyo son importantes.

El coping se define como una conducta o esfuerzo usado en un intento por tratar en un evento estresante y puede variar según la personalidad del individuo. Estilos positivos como el de afrontamiento optimista y de apoyo han resultado con mejor receptividad al tratamiento. Los de tipo evasivo, emotivo han resultado con problemas de adherencia al tratamiento, y pobre control glicémico. Lo y McLean (2004) encontraron que los pacientes diabéticos que optan por actitudes de tipo evasiva, negación y fantasía tienen mala calidad de vida, comparados con los que optan por un estilo activo-confortativo.

- La confianza en el equipo multi-profesional

Todo paciente quiere sentirse bien con el médico, lo ve como un líder, un confidente, un amigo; pero en esta enfermedad específicamente, se sabe que es un equipo desde la enfermera hasta el sub-especialista que deben de trabajar coordinadamente para brindar confianza al paciente, sintiéndose cómodo y cooperador.

En los últimos años se ha producido un cambio importante en las relaciones médico-paciente. Uno de sus efectos es que el resultado de la asistencia sanitaria se mide hoy en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado. El clínico interesado no debe perder de vista que es recomendable explorar con mayor detalle las relaciones de la satisfacción con el estatus de salud alcanzado por el paciente tras un tratamiento, con el nivel de calidad de vida del paciente, cómo es más conveniente pulsar la opinión del paciente y a qué responde realmente (Suarez Perez & García Gonzales, 2005).

- La mejora de la autoestima

Las personas necesitamos constantemente evaluarnos para sentirnos bien con nosotros mismos, y muchas veces las limitaciones que la diabetes trae consigo hacen que la persona tenga actitudes negativas sobre sí mismo perjudicando la motivación para cuidar su propia salud.

La pareja constituye la persona más cercana y su apoyo y comprensión son importantes en la autoestima de este tipo de pacientes. Las relaciones con compañeros de trabajo o estudio pueden constituir una fuente de apoyo. La aceptación en estos grupos, la comprensión que estas personas puedan mostrar

a las necesidades del diabético, así como el apoyo material para cumplir el tratamiento son condiciones deseadas para el mejor desenvolvimiento del paciente diabético. Los Sistemas de Apoyo Social, conjuntamente con otras técnicas mencionadas antes pueden ser utilizados como recursos terapéuticos en el manejo psicológico del paciente diabético (Mira J.J, 2000).

- El sentido de auto-eficacia

El paciente diabético muchas veces cree que, con solo tomar el tratamiento médico, está ayudándose, pero se debe insistir que se comprometa a cumplir las medidas preventivas; motivarlo, felicitarlo y ayudarlo a dar paso firme para que se dé cuenta de las ventajas que una actitud adecuada confiere a un mejor control de la enfermedad. Si a la autoridad que estas funciones la confieren ante el paciente es capaz de sumarle un trato adecuado, entonces el personal de salud adquiere para el paciente un valor inestimable como fuente de apoyo cognitivo, afectivo e instrumental (Acevedo B., 2006).

Permitiendo un sentimiento de auto eficacia, dándole sentido al paciente para seguir con una actitud que repercutirá en la mejoría de su enfermedad.

- Percepción más positiva acerca de la salud

El mejor tratamiento de la DM pierde efectividad si la persona con la enfermedad no sabe cómo beneficiarse con este o no está motivada para responsabilizarse con su autocuidado diario. No obstante, a pesar del amplio reconocimiento de la educación como elemento esencial en el cuidado de las personas con DM, aún resulta difícil encontrar un servicio donde cuidado y educación se integren en una única acción.

El actor principal en esta patología debe involucrarse globalizando las que las practicas saludables que se conocen darán un mejor manejo de su enfermedad y por tanto una percepción más positiva sobre la salud. Contribuyendo cada vez más a lograr los objetivos del tratamiento, reduciendo los costos y el dolor del paciente y de quienes lo rodean (Acevedo B., 2006).

- La aceptación social

Durante el curso de enfermedades crónicas como la DM, interacciones adversas, pueden imponer una carga excesiva sobre la capacidad de adaptación de la familia. Esto puede tener un efecto sobre el curso de la enfermedad. Bajo tales circunstancias, la función familiar puede cambiar a un control rígido que puede alterar su estabilidad. Se ha enfatizado que el sistema familiar juega un papel importante en la iniciación, selección de síntomas, curso clínico y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas. El apoyo social es el principal determinante de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos, y a mayor adherencia al tratamiento habría un mejor control metabólico y menor grado de complicaciones. Las relaciones sociales en general pueden contribuir a que el diabético logre una identidad social positiva en la medida en que sean capaces de percibirlo como una persona igual a los demás pero que a su vez requiere cumplir un tratamiento: la comprensión, apoya y aceptación que provenga de los demás confiere al diabético seguridad y confianza (Acevedo B., 2006).18

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODO

1. Tipo de estudio:

Descriptivo, de corte Transversal

2. Lugar y período de estudio:

Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán

3. Universo:

1, 245 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 distribuidos por sectorización del MOSAFC

4. Muestra:

120 pacientes encuestados

5. Tipo de muestreo:

No probabilístico, por conveniencia

6. Unidad de Análisis:

Pacientes con Diabetes mellitus que estén en el censo de dispensarizados del Centro de salud y Policlínico Francisco Morazán

7. Criterios de inclusión:

- Usuarios del programa de dispensarizados.
- Que acudan a la consulta de dispensarizados del Centro de salud y Policlínico Francisco Morazán
- Usuarios mayores de 30 años hombres y mujeres.

8. Criterios de exclusión:

- Usuarios que no acepten participar en la encuesta.
- Usuarios que brinden llenado incompleto de la encuesta.

- Usuarios que no hayan acudido a consultas o club de dispensarizados durante el periodo de estudio.

9. Listado de variables

Objetivo 1: Describir las características socio demográficas de la población en estudio

- Edad
- Sexo
- Etnia
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación

Objetivo 2: Identificar los elementos utilizados para la obtención de la información de los pacientes en estudio.

- Tipo de información
- Fuente de la información
- Calidad de la información
- Utilidad de la información

Objetivo 3: Determinar los conocimientos sobre la patología en las personas investigadas

- Conocimientos básicos
- Conocimientos sobre el control glucémico
- Conocimientos sobre la prevención y complicaciones
- Nivel de conocimientos

Objetivo 4: Valorar las actitudes sobre la enfermedad estudiada en pacientes frente a esta enfermedad

- Actitud
- Tipo de actitud

10. Operacionalización de las variables

Objetivo 1: Describir las características socio demográficas de la población en estudio

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR/ESCALA
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de llenar la encuesta	Años cumplidos	30 – 40
			41 – 50
			51 – 60
			61 a más
Sexo	Definición de género basada en las características fenotípicas del paciente	Fenotipo	Masculino Femenino
Etnia	Comunidad natural de hombres que presentan ciertas afinidades raciales	Raza	Mestiza Misquita Mayagna Creole Otra
Estado Civil	Condición de un individuo en lo referente a su relación de pareja	Condición conyugal	Soltera Acompañada Casada Viuda
Escolaridad	Nivel académico más alto alcanzado hasta el momento de llenar la encuesta	Nivel alcanzado	Ninguna Alfabetizada Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnica Universidad
Ocupación	Actividad a la que un individuo se dedica	Tipo de trabajo	Trabajador Ama de Casa Jubilado Otros

Objetivo 2: Identificar los elementos utilizados para la obtención de la información de los pacientes en estudio.

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR/ESCALA
Ha recibido información sobre diabetes Mellitus	Toda información sobre Diabetes Mellitus que el paciente haya recibido	Información recibida	Sí No
Tipo de información	Aspectos de la diabetes mellitus 2 sobre los cuales el paciente recibió información.	Tipo	Concepto Signos y síntomas Prevención Complicaciones Tratamiento
Fuente de información	Personas o medios que brindó la información sobre diabetes mellitus 2	Medios de información	Amigos Radio Internet Personal de salud
Calidad de la información	Percepción del paciente acerca de la información obtenida sobre diabetes mellitus 2	Percepción	Clara Confusa Completa

Objetivo 3: Determinar los conocimientos sobre la patología en las personas investigadas

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	VALOR/ESCALA
Conocimientos Básicos	Nivel mínimo de conocimientos que tiene el paciente diabético sobre diabetes mellitus	-El comer azúcar en exceso puede causar diabetes -La diabetes es causada por la falta de una sustancia llamada insulina -La diabetes es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo -Los riñones producen insulina -Siendo diabético puedo tener hijos diabéticos -La diabetes no se cura -Hay dos tipos de diabetes, tipo1 y 2 -El comer mucho estimula al cuerpo a producir insulina -Es igual de importante el	Respuestas del encuestado	Sí No No sabe

		<p>escoger los alimentos que vamos a comer como la forma de prepararlos</p> <p>-Los alimentos de los diabéticos deben de ser diferentes a los de los demás</p>		
Conocimientos Sobre control glicémico	Nivel mínimo de conocimientos sobre el manejo de la glicemia que tiene el paciente diabético sobre diabetes mellitus	<p>-Si no tomo mis medicamentos, ni hago dieta, ni tampoco hago ejercicios me aumenta la glicemia</p> <p>-El ejercicio produce mayor necesidad de insulina o medicamentos</p> <p>-El medicamento es más importante que la dieta y el ejercicio</p> <p>-Son datos de azúcar alto la sudoración y la sensación de frío</p> <p>-Son datos de</p>	<p>Respuestas del encuestado</p>	<p>Sí</p> <p>No</p> <p>No sabe</p>

		azúcar bajo la sed y el hambre		
Conocimientos		-Diabetes mellitus	Respuestas	Sí
Sobre	Nivel mínimo	causa problemas	del	
Prevención y	de	de circulación	encuestado	No
complicaciones	conocimientos	sanguínea		
	del paciente	-Las heridas en los		No sabe
	diabético sobre	pacientes		
	las posibles	diabéticos		
	complicaciones	cicatrizan más		
	sobre diabetes	lento, tardan en		
	mellitus y	cicatrizan o		
	medidas	cerrarse		
	preventivas a	-El paciente		
	tomar para	diabético debe de		
	postergar su	tener más cuidado		
	aparición	en el cortado de		
		sus uñas		
		-Las heridas de los		
		diabéticos deben		
		de lavarse con		
		yodo y alcohol -		
		Diabetes mellitus		
		puede dañar los		
		riñones de los		
		pacientes		
		-Diabetes mellitus		
		produce		
		alteraciones en las		
		sensaciones		

		percepción sensitiva -Los pacientes diabéticos deben de utilizar medias elásticas o calcetines apretados.		
Nivel de conocimientos	Grado conceptual y teórico que posee la población en lo que respecta a diabetes mellitus según el puntaje alcanzado	Escala DQK	Puntaje	Bueno Malo

Objetivo 4: Valorar las actitudes sobre la enfermedad estudiada en pacientes frente a esta enfermedad

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	VALOR/ESCALA
Actitud	Es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada,	-Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a bajar de peso -Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a mejorar mi dieta -Si estuviera con sobrepeso,	Grado de acuerdo	De acuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo En Desacuerdo

	<p>que pueden ser positivas o negativas. Las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o una clase de objetos del mundo social.</p>	<p>estaría dispuesto (a) a hacer más ejercicio físico -No tengo tiempo para hacer ejercicio -Es difícil preparar comidas saludables -Quisiera saber más acerca de cómo estar más saludable sin necesidad de tomar medicamentos -Me gustaría realizarme una evaluación anual de salud -Cuesta mucho mantenerse en forma -Si estuviera con sobrepeso o enfermo, estaría interesado en participar en un grupo de autoayuda -Recibo atención de buena calidad en el centro de salud</p>		
Tipo de actitud	Las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o clase de objetos del mundo social		Escala de Likert	Favorable Desfavorable

11.Fuente de información:

Se obtuvo información de fuentes primaria a través de la aplicación de encuesta predeterminadas con preguntas cerradas.

12.Métodos y procedimientos de obtención de información

Se solicitó la autorización a la dirección médica del Centro de salud y policlínico Francisco Morazán para la realización del estudio. En este estudio, se utilizó la encuesta DQK previamente validada en Estados Unidos y México para hispanos parlantes, este cuestionario desarrollado por el condado de Starr, Texas, Estudio de Educación de la Diabetes, es una versión abreviada de la encuesta original del artículo 60 de Villagómez. Se aplicó a los usuarios mayores de 30 años, hombres y mujeres no embarazadas con factores de riesgo de Diabetes Mellitus adscritos al programa de dispensarizados atendidos en el Centro de salud y policlínico Francisco Morazán estando presente el investigador o el responsable del recolectar la información.

Dicha encuesta consta de preguntas cerradas las cuales están escritas en un nivel de lectura comprensible y se desarrollaron a partir de las recomendaciones de los estándares nacionales para los programas de educación sobre la diabetes del paciente.

La encuesta DQK evalúa los conocimientos y actitudes sobre factores de riesgo de Diabetes Mellitus a la cual se agregaron los acápites de las características sociodemográficas y la obtención de la información; al final contienen las variables de estudio de interés.

13.Instrumentos de recolección de información y Análisis

La información obtenida se procesó en el programa Excel. Los datos obtenidos se analizaron a través de estadísticas simples y porcentajes para los siguientes acápites:

CONOCIMIENTOS

Para valorar los conocimientos se realizarán preguntas considerando la encuesta DQK previamente validada en Estados Unidos y México para hispano parlantes.

Se construyeron categorías para nivel de conocimiento bueno o malo aplicándole puntaje a cada pregunta.

Nivel de conocimiento Bueno: 15-23 puntos

Nivel de conocimiento Malo: < 15 puntos

Conocimientos	Si	No	No sabe
Conocimientos básicos sobre diabetes mellitus tipo 2	1	0	0
El comer azúcar en exceso puede causar diabetes	1	0	0
La diabetes es causada por la falta de una sustancia llamada insulina	1	0	0
La diabetes es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo	0	1	0
Los riñones producen insulina	0	1	0
Siendo diabético puedo tener hijos diabéticos	1	0	0
La diabetes no se cura	1	0	0
Hay dos tipos de diabetes, tipo1 y 2	1	0	0
El comer mucho estimula al cuerpo a producir insulina	1	0	0
Es igual de importante el escoger los alimentos que vamos a comer como la forma de prepararlos	1	0	0
Los alimentos de los diabéticos deben de ser diferentes a los de los demás	1	0	0

Conocimiento sobre control glucémico	Si	No	No Sabe
Si no tomo mis medicamentos, ni hago dieta, ni tampoco hago ejercicios me aumenta la glicemia	1	0	0
El ejercicio produce mayor necesidad de insulina o medicamentos	1	0	0
El medicamento es más importante que la dieta y el ejercicio	1	0	0
Son datos de azúcar alto la sudoración y la sensación de frío	0	1	0
Son datos de azúcar bajo la sed y el hambre	0	1	0

Conocimiento sobre prevención y complicaciones	Si	No	No Sabe
Diabetes mellitus causa problemas de circulación sanguínea	1	0	0
Las heridas en los pacientes diabéticos cicatrizan más lento, tardan en cicatrizar o cerrarse	1	0	0
El paciente diabético debe de tener más cuidado en el cortado de sus uñas	1	0	0
Las heridas de los diabéticos deben de lavarse con yodo y alcohol	0	1	0
Diabetes mellitus puede dañar los riñones de los pacientes	1	0	0
Diabetes mellitus produce alteraciones en las sensaciones percepción sensitiva	1	0	0
Los pacientes diabéticos deben de utilizar medias elásticas o calcetines apretados	0	1	0

ACTITUDES

Para clasificar las actitudes se utilizó la escala de Likert modificada, estableciendo actitudes de proposición positiva asignándose el valor de 3 puntos a las respuestas en acuerdo y el valor de 1 al desacuerdo, así como también hay actitudes de proposición negativa a las cuales se asignó 1 punto al acuerdo y 3 al desacuerdo y 2 puntos a la respuesta indecisa para ambos casos. Hay actitudes con un puntaje mínimo de 1 y máximo de 3 de manera que el total mínimo a obtener es 10 y el máximo 30 puntos por cada encuesta.

Estableciendo así que 15 puntos es nuestro punto de corte. A mayor puntaje la actitud se considera más favorable.

Actitud favorable: ≥ 15 puntos

Actitud desfavorable: < 15 puntos

Son 10 afirmaciones para reflejar la actitud del paciente ante la enfermedad.

Actitudes	Acuerdo	Ni de acuerdo Ni en Desacuerdo	Desacuerdo
Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a bajar de peso	3	2	1
Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a mejorar mi dieta	3	2	1
Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a hacer más ejercicio físico	3	2	1
No tengo tiempo para hacer ejercicio*	1	2	3
Es difícil consumir comidas saludables	1	2	3
Quisiera saber más acerca de cómo estar más saludable sin necesidad de tomar medicamentos	3	2	1
Me gustaría realizarme una evaluación anual de salud	3	2	1
Cuesta mucho mantenerse en forma	1	2	3
Si estuviera con sobrepeso o enfermo,	3	2	1

estaría interesado en participar en un grupo de autoayuda			
Recibo atención de buena calidad en el C/S Fco. Morazán	3	2	1

14. Cruce de variables

- Características socio demográficas de los entrevistados
- Agentes de cambio sobre diabetes mellitus 2
- Conocimientos sobre diabetes mellitus 2
- Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus 2
- Características demográficas/ Nivel de conocimiento
- Actitudes hacia la diabetes mellitus 2
- Características demográficas/Tipo de actitud
- Nivel de conocimiento/tipo de actitud

15. Aspectos éticos

Se realizó una visita al Centro de salud y Policlínico Francisco Morazán para consultar a la dirección docente donde se presentó una carta de solicitud para la realización del estudio y mostrar un modelo de la encuesta previo a su llenado, con el objetivo de obtener la autorización para la realización del estudio y se nos permita el acceso al paciente para aplicar la encuesta a los pacientes del programa de dispensarizados.

Se aplicará la encuesta a los pacientes que acepten participar en el estudio, para lo cual deberán firmar de forma voluntaria el consentimiento informado, los pacientes deberán leer el documento y en caso que se presenten dudas sobre el estudio estos deberán ser aclaradas por las personas que aplicarán las encuestas.

Antes de la realización del estudio se consultó y se solicitó autorización de la Dra. Claudia Fletes Bravo, el uso de su tesis monográfica como estudio base para nuestra tesis, se realizó carta de autorización. (ver Anexo N°3)

Consentimiento Informado

Se realizó por escrito en base a información sobre los riesgos de participación en el estudio, tipo de estudio, objetivos del estudio, compromiso de privacidad, etc., Con el fin de obtener información voluntaria y fidedigna permitiendo incidir en la prevención y captación oportuna de las personas con o sin factores de riesgo de diabetes mellitus.

CAPITULO III: RESULTADOS

Situación Sociodemográfica

- ❖ El 45.83% de la población encuestada son los pacientes de 51-59 años, el siguiente grupo etáreo son los pacientes de 61 años o más, en un 33.33 %; la población de 41 – 50 años está representada en el 15.83%; los usuarios de 30 – 40 años conforman el 5.00%. (Tabla N° 1a)
- ❖ El 64.1% de los encuestados son mujeres y el 35.8 % restante corresponde al sexo masculino. (Tabla N° 1a)
- ❖ El 97.5% de los encuestados pertenecen a la etnia mestiza, el 1.6% son de raza misquita y en menor porcentaje la raza mayagna con un 0.8%. (Tabla N° 1a)
- ❖ El 44.4% de los entrevistados están casados, el 20.1% se encuentran acompañados, el 32.8% son viudos y solo el 3.7% se encuentran solteros. (Tabla N° 1a)
- ❖ Con respecto a la escolaridad el 44.1% de los participantes cursó la primaria, de estas: el 25% la primaria completa en contraste con el 19.1% con primaria incompleta, el 32.4% cursó la secundaria, de estas: el 19.1% la secundaria completa en contraste con el 13.3% con secundaria incompleta. El 13.3% del total acudió a la Universidad, 2.5% tienen una carrera técnica. Los niveles de escolaridad más bajos se evidenciaron en un 5.8% de alfabetizados y el 1.6% con ningún tipo de educación. (Tabla N° 1b)
- ❖ En lo que refiere a ocupación de los encuestados el 40% son amas de casa, un 34.1% trabajan, el 17.5% lo conforman los jubilados y 8.3% de los pacientes no trabajan o se encuentran en otras ocupaciones, y ninguno se encontraba dentro de los ítems de estudiantes. (Tabla N° 1b)

Agentes de cambio sobre conocimientos y actitudes ante la diabetes mellitus

- ❖ De todos los encuestados el 66.6% respondió positivamente al ser interrogados sobre si habían recibido información sobre la Diabetes Mellitus y solo el 33.3% respondió que no han recibido información. De las que sí han recibido información:
- ❖ El 78.75% respondió que la información les fue provista por algún personal de salud, el 11.25% por internet, 8.75% recibieron información por la televisión y en un 1.25% por amistades. (Tabla N° 2)

- ❖ 66.25% de los encuestados cree que la información recibida fue clara, el 18.75% cree que fue completa y el 15%. (Tabla N° 2)
- ❖ El 87.5% de los pacientes encuestados consideraron que la información obtenida fue útil y el 12.5% que fue poco útil. (Tabla N° 2)

Conocimientos sobre Diabetes Mellitus

Básicos:

- ❖ Sobre tener conocimientos básicos acerca de la patología el 59.17% respondió si tener, el 37.50% respondió no tener conocimientos básicos, y tan solo el 33.3 % no sabía la respuesta. (Tabla N° 3a)
- ❖ Acerca de si comer azúcar causa Diabetes el 71.67 % de los pacientes respondieron afirmativamente, el 25 % respondió que no, y el 3.33% que no sabía la respuesta. (Tabla No 3a)
- ❖ Con respecto a la Patogenia el 67.5% de los entrevistados afirman que la Diabetes es causada por la falta de insulina, un 15% de la población respondió que no, y el 17.5% no sabía la respuesta. (Tabla No. 3a)
- ❖ Así mismo, el 45% afirman que la diabetes es causada porque los riñones no expulsan el azúcar del cuerpo, el 27.5% lo niegan y el 27.5% no saben. Un 57.5% conoce que los riñones no producen, el 36.66% no saben y el 5.83% cree que los riñones si producen insulina. (Tabla No 3a)
- ❖ En cuanto al componente genético y/o hereditario de la Diabetes el 70.83% respondieron afirmativamente sabiendo que la puede heredar a sus hijos, un 11.1% lo desconocen (Tabla No 3a)
- ❖ Con respecto al carácter crónico de la patología se les preguntó si la DM se cura y el 76.67 % respondió correctamente y el 3.33% no saben. (Tabla No 3a)
- ❖ El 69.17 % de los participantes conocen que la DM se divide principalmente en tipo 1 y 2 y solo el 26.67% del total no saben. (Tabla No 3a)
- ❖ Con lo que respecta a si comer mucho estimula la producción de insulina el 53.33 % lo niegan, un 28.33 % no saben y solo un 18.33 % lo afirma. (Tabla No. 3a)
- ❖ De la importancia de escoger los alimentos y la forma de prepararlos; el 96.67 % respondió que sí, y tan solo el 3.33 % lo niegan. El 90.83 % del total respondió afirmativamente sobre si los alimentos de ellos deben ser diferentes a los de los demás. (Tabla No. 3a)

Control Glicémico:

- ❖ El 88.33 % de los encuestados conocen la importancia en su enfermedad de los medicamentos y los otros aspectos como la dieta y el ejercicio, y solamente el 2.50 % lo desconoce. (Tabla No 3b).
- ❖ El 77.5 % de la población respondió que no a si el ejercicio produce mayor necesidad de insulina o medicamentos, un 5 % de los encuestados respondió afirmativamente, y el 17.5 % no saben. (Tabla No 3b)
- ❖ Existe una creencia errónea referente a la Hiperglicemia ya que el 44.17 % creen que la sudoración y sensación de frío son síntomas de esta, el 38.3 % respondió que no y el 17.5 % restante no saben. (Tabla No 3b)
- ❖ El 37.50 % respondió que si son síntomas de hipoglicemia la polidipsia y la polifagia; el 45.83 % respondió que no y el 16.67 % restante no sabe. (Tabla No 3b)

Prevención y Complicaciones:

- ❖ En relación a las complicaciones propias de la patología, la mayoría de los pacientes conoce que dicha enfermedad causa problemas de circulación sanguínea, de las cuales el 90 % respondió afirmativamente, el 2.5 % dijo que no y solo el 7.5 % no sabe. (Tabla No 3b)
- ❖ Un 90 % de los encuestados conoce que la cicatrización de las heridas en la DM es más lenta y un 10 % respondió que no. Así como el 99.17 % de los usuarios sabe que deben tener cuidado al cortar sus uñas. (Tabla No 3b)
- ❖ Con lo que respecta al uso de soluciones en la cura de heridas en estos pacientes el 65 % respondió que sí deben lavarse con alcohol o yodo; el 32.5 % respondió que no y un 2.5 % de ellos no sabe. (Tabla No 3b)
- ❖ El 95.83 % del total de pacientes encuestados conocen que la DM puede causar daño renal, y solo un 4.17 % de estos no saben. (Tabla No 3b)
- ❖ El 89.17 % de todos los encuestados dominan que la DM produce alteraciones en la percepción sensitiva y solo el 5.83 % no lo sabía. En contraste con lo anterior un 77.5 % de los usuarios niegan que deben usar medias elásticas o calcetines apretados, el 10 % lo afirma y 12.5 % no sabe. (Tabla No 3b).

Actitudes ante los factores de riesgo

- ❖ Se preguntó a los usuarios si estarían dispuestos a bajar de peso en caso de tener sobrepeso y el 100% están de acuerdo. Así como el 100% de ellos están de acuerdo con bajar de peso mediante mejorar su dieta. (Tabla No 6)
- ❖ Con respecto a realizar ejercicio físico para bajar de peso el 90% está de acuerdo y un 7.50 % no está en acuerdo ni en desacuerdo. (Tabla N° 6)
- ❖ Con respecto al no tener tiempo para la realización de ejercicios físicos, la mayoría de los pacientes entrevistados está en desacuerdo con respecto obteniéndose un 65.83 %, el 23.33 % está de acuerdo con que no hay tiempo, mientras que el 10.83 % no está ni de acuerdo ni en desacuerdo. (Tabla No 6)
- ❖ El 60% está de desacuerdo referente a que es muy difícil preparar comidas saludables en cambio el 10.83 % está ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 29.17 % que está de acuerdo. (Tabla No 6)
- ❖ Al referirnos si les gustaría saber más acerca de cómo estar saludable sin medicamentos el 88.9% está de acuerdo y solo el 11.1% no está de acuerdo ni en desacuerdo. (Tabla No 6)
- ❖ Se interrogo a los pacientes diabéticos si les gustaría al menos una evaluación anual de salud y el 93.33 % está de acuerdo, respondiendo el 1.67 % que no está de acuerdo ni en desacuerdo. (Tabla No 6)
- ❖ El mayor número de pacientes interrogados 54.17 % está de acuerdo con que cuesta mucho mantenerse en forma y el 10 % no está de acuerdo ni en desacuerdo. (Tabla No 6)
- ❖ Un 96.67 % de los usuarios entrevistados estarían dispuestos a participar en un grupo de autoayuda en cambio el 3.33 % no están de acuerdo ni en desacuerdo. (Tabla No 6)
- ❖ Refiriéndonos a la atención en centro de salud para los pacientes y la buena calidad el 73.33 % está de acuerdo con esto, un 15.83 % no está de acuerdo ni en desacuerdo y el 10.83 % está en desacuerdo con la atención de calidad. (Tabla N° 6)

1. Análisis y discusión de los resultados

- ❖ En relación a la situación sociodemográfica de los pacientes encuestados la diabetes mellitus afecta más a los pacientes que se encuentran en edades de 51-60 años siendo el sexo femenino el más prevalente lo que confirma que dicha patología aumenta su incidencia conforme la edad, lo que concuerda con los datos brindado en una entrevista titulada Diabetes el precio de la ignorancia que refiere que "(...) en cuanto a las consultas por diabetes, observamos que el 1.68 % son menores de 15 años; 10.78% entre 15 y 34 años; 23.23% entre 35 y 49; 38.64 % entre 50 a 64 años y 25.66 % para 65 y más años, esto repercutirá en pérdidas de años-vida, así como de días laborables" (Villagra, 2006). Con respecto al sexo las mujeres fueron predominante en nuestro estudio, lo cual varía con los datos de la Fundación Internacional de Diabetes hay alrededor de 14 millones más de hombres que de mujeres con diabetes, donde coloca al sexo masculino como los que más padecen de diabetes.
- ❖ La mayoría de los entrevistados son de etnia mestiza la cual es la raza predominante en nuestro país, y concuerda con la encuesta de Diabetes, Hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas realizada por la PAHO donde también la mayoría de la población en estudio también fueron mestizos. (Amador Velásquez, y otros, 2010) y se dice según las Guías del ALAD la población mestiza tiene más predisposición a las complicaciones de la diabetes mellitus. (Aschner & Colaboradores, 2013). Con respecto al estado civil se encuentra que la mayoría de la población está casada seguido por los que se encuentran acompañados y solteros, lo cual demuestra que el hecho que convivan con alguien no influye en la prevalencia de la enfermedad, pero si puede haber una afectación al nivel la calidad de vida y que sufran demás complicaciones debido al estrés que puede producir la enfermedad como lo dice la normas de cuidado del diabético que "el estrés emocional por sí mismo constituye en muchas ocasiones el motivo que justifica el descontrol. La aparición de eventos vitales que demandan un reajuste psicológico se encuentra entre estas causas. Los conflictos y tensiones vivenciales por el paciente en el ámbito personal, familiar, laboral, para los que no tiene una solución adecuada y que afectan su estabilidad constituyen con frecuencia motivo de consulta e ingreso por provocar descompensación de la DM" (República de Nicaragua, Noviembre,2011). (República de Nicaragua, Noviembre,2011)
- ❖ Con respecto a la escolaridad, se comprobó que la mayoría consiguió al menos la primaria ya sea incompleta o completa y un mínimo porcentaje alcanzó la educación superior ya sea técnica o universitaria lo cual se relaciona con el nivel cultural de las mismas, ya que al grupo con bajo nivel educativo acata menos las recomendaciones médicas y nutricionales para mejorar su calidad de vida, al igual que lo reportado por la Fundación DONUM (de la ciudad de Cuenca, 2011) concluyó que los pacientes diabéticos que asisten a su institución tienen un alto déficit de conocimientos de lo que es la diabetes, cuidados, y complicaciones.

- ❖ La población en su mayoría son amas de casa, lo cual está íntimamente relacionado con que la mayoría de la población eran del sexo femenino.
- ❖ Con respecto a los conocimientos básicos, sobre el control glicémico y de la prevención y complicaciones acerca de Diabetes Mellitus de la población en estudio se encontró que la mitad de la población en estudio tenían buen nivel de conocimientos, esto es significativo debido a que se dice que a mayor nivel de conocimientos se obtiene buenas prácticas para una mejor calidad de vida. Como lo demuestra el estudio Conocimientos, actitudes prácticas sobre diabetes en comerciantes del mercado municipal Masaya agosto- diciembre 2008., por lo tanto, se espera lo contrario en la población que obtuvo malos conocimientos.
- ❖ Los grupos de edades que obtuvieron un buen nivel de conocimientos fueron los de 51 a 60 años lo cual refleja que están informados sobre su patología, esto puede estar relacionado a que son personas las cuales tiene más años de padecer diabetes y las cuales han adquirido conocimientos a través de su enfermedad.
- ❖ En relación a las actitudes positivas que se realizaron a los encuestados todos están dispuestos a bajar de peso y mejorar su dieta, y la mayoría está dispuesto a realizar más ejercicio, y estuvieron interesados en participar en un grupo de auto ayuda, esto está relacionado a la aceptación que tiene la población hacia su enfermedad la cual ellos están dispuestos a realizar cambio de hábitos de estilo de vida para poder estar más controlados y no sufrir complicaciones fatídicas. Estos mismos resultados se obtuvieron el estudio CAP realizados en la consulta externa del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, donde también se concluyó que todos los encuestados adoptaron una actitud positiva con respecto a la diabetes mellitus (Fletes Bravo & Gaitan Hernández, 2014).
- ❖ Se observó que a mayor edad la actitud se vuelve más favorable siendo los mayores el grupo de 51-60 años, así como los que se encontrara entre primaria completa y secundaria incompleta que también tuvieron una actitud positiva, entre las ocupaciones con mayor actitud favorable la expresaron las amas de casa, todo esto íntimamente relacionado con que la mayor población encuestada estaba entre esas edades y la mayor población era del sexo femenino. En el CAP del programa de dispensarizados en los 6 centros de salud del SILAIS-Estelí- Nicaragua, 2007 La diabetes se manifiesto más en el sexo femenino y en el grupo de edad de mayores de 51 años, La ocupación más relevante es que son amas de casa y domesticas con un nivel educativo de primaria incompleta además se encontró que los pacientes aceptan su enfermedad y tienen una actitud positiva no les incomoda hablar de su enfermedad, ni tampoco se consideran diferentes al resto de las personas, esto demuestra que la una buena actitud y autovaloración personal nos podría llevar a desempeñar un estilo de vida que mejore nuestra calidad de salud.
- ❖ Entre más conocimiento sobre la patología y sus complicaciones que el paciente tenga sobre la diabetes mellitus, el paciente tendrá una actitud positiva, ya que

así sabrá cómo evitar mantenerse en descontrol de la diabetes y por lo tanto evitará las detestables complicaciones como pie diabético, amputaciones, ceguera, etc.; En el estudio CAP realizados en la consulta externa del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, también se concluyó que “a mayor conocimiento sobre la patología y sus complicaciones influye en el paciente para adoptar una actitud positiva y así desarrollar prácticas saludables (Fletes Bravo & Gaitan Hernández, 2014).

2. Conclusiones

- ❖ En el grupo encuestado predominó el sexo femenino y el grupo etáreo de 51-60 años, con una ocupación predominante ama de casa seguida de trabajadores y con escolaridad primaria. La mayoría son de raza mestiza.
- ❖ En relación a los conocimientos básicos, al control glucémico y sobre prevención y complicaciones de DM, la mitad de las personas en estudio tienen un nivel de conocimiento bueno y la otra mitad un menor porcentaje, un conocimiento pobre o insuficiente sobre su definición, tipos y causa de esta.
- ❖ El tipo de actitud de los encuestados fue favorable para intentar cambiar su estilo de vida. mayoría de los usuarios reflejan que la atención brindada en el centro de salud fue de buena calidad.

3. Recomendaciones

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua:

- ❖ Incentivar a los estudiantes a la investigación científica en el sector de atención primaria de las principales patologías crónicas que afectan a la población, para lograr incidir en esta problemática de una mejor manera, en la formación intelectual temprana de los profesionales de la salud.
- ❖ Fomentar en los estudiantes de áreas básicas y clínicas de la carrera de Medicina, en la asignatura de atención primaria en salud, un acercamiento de los estudiantes en formación con la población; mediante charlas interactivas que expliquen de manera dinámica, clara y concisa las patologías crónicas a los pacientes en general, para que sirva de prevención y educación para estos mismos.

Al Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán:

- ❖ Promover más el grupo de autoayuda, para que se unan nuevos pacientes crónicos y población en general, ya que con una educación adecuada los pacientes tendrán una mejor calidad de vida, tanto para el control de la enfermedad como para su prevención.
- ❖ Que los médicos que atienden en dispensarizados motiven a los pacientes a ser parte de grupo de autoayuda para que tengan mejores conocimientos y actitudes sobre su enfermedad y así reducir las complicaciones que trae consigo la diabetes.
- ❖ Realizar un esquema de nutrición del paciente diabético de acuerdo a la canasta básica nicaragüense, para que tengan una dieta más equilibrada.
- ❖ Que las clases 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.

4. Bibliografía

- Acevedo B., M. (2006;). Hiperglicemia y Mortalidad en el infarto al miocardio. *Revista Chilena de Cardiología*. Vol.25 N°3, 311-315.
- Amador Velásquez, Pastora Arostegui, Barceló, Aldighieri, Gregg, Peña, . . . Altamirano. (2010). *Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (CAMDI)*. Managua, Nicaragua: PAHO, OMS.
- Aschner, P., & Colaboradores. (2013). Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 17;19-22.
- Association American Diabetes. (1998). Therapy for diabetes mellitus and related disorders. *ADA, (3.^a ed.)*. *Clinical Education Series*.
- Beran, D., Atlan-Corea, C., Tapia, B., Martínez, A. J., & Guadamuz de Castro, A. (2007). Atención Diabética en Nicaragua, estudio RAPIA. *Diabetes Voice, Volumen 52, Numero 4*, 38-40.
- Bustos Saldaña, T. R. (2006). Aprende para educar, una necesidad del médico de familia en la atención de los pacientes diabéticos. *Revista Papeña de Medicina Familiar*.
- Cabrera, C. E., Novoa, A., & Centeno, N. M. (1991). Conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con Diabetes mellitus II. *Salud Pública de México*. Vol. 33 Num. 2.
- Cerdas Gutiérrez, H., & Clarke Spence, I. (2005.). Efecto de una propuesta didáctica en el conocimiento, actitudes y prácticas de un grupo de personas adultas mayores diabéticas. *Anales en Gerontología, Núm. 5 / 19-38*, 20-21.
- Comité Ejecutivo ALAD. (2013). Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 17;19-22.
- Estrada N., D. B. (Agosto- Diciembre de 2010). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes en comerciantes del mercado municipal. Masaya, Nicaragua.
- Fletes Bravo, C., & Gaitan Hernández, J. (Enero-Febrero de 2014). Tesis para optar al título de médico y cirujano. *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus en usuarios de la consulta externa en el HRAJ*. Chontales, Nicaragua.
- Goday, A. (2002). Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. *Revista Española de Cardiología*. Vol 55. Núm 06. .
- Gómez Ramírez, D. (2007). Tesis para optar al Título de Especialista en Medicina Interna. *Nivel Conocimiento entre pacientes diabéticos que asisten a consulta*

ambulatoria en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón y atención privada.
Managua, Nicaragua.

Harrison, T. (2006). *Principios de Medicina Interna* 16 ed. Mc Graw-Hill.

Licea Puig, M. E., Bustamante Teijido, M., & Lemane Pérez, M. (2008). Diabetes tipo 2 en niños y adolescentes: aspectos clínico-epidemiológicos, patogénicos y terapéuticos . *Revista Cubana de Endocrinología. v.19 n.1.*

Linzan Muñoz, M. (2009). Trabajo de disertación previo a la obtención del título de licenciada en nutrición humana. *Nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos tipó 2 sobre el manejo de su condición con relación a su control glucémico en el Instituto integral Prevención de Diabetes en el período de septiembre a octubre en el 2009.* QUITO, ECUADOR.

Mira J.J, A. J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *edicina Clínica;114 (Supl 3):26-33.*

Morales Vallecillo, J. (Mayo a junio de 2007). Tesis para optar al título de Master en Salud Pública. *Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos, programa dispensarizados en los 6 centro desalud del SILAIS.* Estelí, Nicaragua.

Navarro Cárdenas, Rodríguez Moctezuma, Munguía Miranda, & Hernández Santiago. (2000). Nivel de información médica sobre diabetes, actitud de los pacientes hacia la enfermedad y su asociación con el nivel de control glucémico. *Atención Primaria Vol. 26. , Núm. 05. 30 .*

Paccha Loayza, D., Muñoz Verdugo, I., & Juca Ortega, D. (2014). Tesis Pregrado. *Conocimientos, actitudes y prácticas en diabetes mellitus tipo 2 Fundación Donum. Cuenca, 2014.* Cuenca, Ecuador.

Quezada, C., & Zhunio, M. (2011). Determinar los conocimientos, actitudes y práctica de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Fundación DONUM, de la ciudad de Cuenca 2011. Cuenca, Ecuador.

Real Academia Española . (2001). *Diccionario de la Lengua Española. 22 ed.* Madrid: ESPASA.

República de Nicaragua. (Noviembre,2011). *Protocolo de Atención de la Diabetes Mellitus.* Managua.

Salud, S. d. (2012). *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus tipo 2 .* Mexico, Distrito Federal, CP 01480: Francisco de P. Miranda 177, 4° Piso.

Sir Michael Hirst presidente del FID. (2013). Atlas de la Diabetes. *FID, 7.*

- Suarez Perez, & García Gonzales. (2005). Resultados de la extensión del programa de educación en diabetes a la atención primaria de salud en ciudad de la Habana. *Revista Cubana de Endocrinología*. Vol.16 N°3.
- Tello Vásquez, M. (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. Lima, Perú: Imprenta Unión de la Universidad Peruana Union -Lima.
- Vicente Sanchez, B., Zerquera Trujillo, G., Rivas Alpizar, E., Muñoz , J., Gutierrez Cantero, Y., & Castañedo Alvarez, E. (2010). Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. *MediSur/ Revista Electrónica*, Vol 8. Num. 6.
- Villagra, L. (23 de Noviembre de 2006). La diabetes mellitus tipo 2. *El Nuevo Diario*, pág. Salud y Sexualidad.

ANEXOS

5. Anexos

- Anexo 1.

Encuesta de Conocimientos y actitudes sobre Diabetes Mellitus para usuarios de dispensarizados del centro de salud y Policlínico Francisco Morazán.

I. CARACTERISTICAS SOCIO ECONOMICAS Y DEMOGRAFICAS

Edad: _____ Sexo: a) Femenino b) Masculino

Etnia:

- a) Mestiza c) Mayagna
b) Misquita d) Creole e) Otra

Estado Civil:

- a) Soltera/o b) Casada/o
c) Viuda/o d) Acompañada/o e) Divorciada/o

Escolaridad:

- a) Ninguna b) Alfabetizada c) Primaria Incompleta
d) Primaria Completa e) Secundaria Incompleta f)
Secundaria Completa g) Técnica h) Universitaria

Ocupación:

- a) No trabaja b) Trabajador
c) Ama de Casa d) Jubilado

II. AGENTES DE CAMBIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ANTE LA DIABETES MELLITUS

Has recibido información sobre cómo prevenir la Diabetes Mellitus:

- Si
- No

Si la respuesta es Si, quien te la dio:

- Televisión
- Radio
- Amigos
- Personal de Salud
- Internet

La información que recibiste fue:

- Clara
- Completa
- Confusa

La información que recibiste le fue:

- Útil, te ayudó a prevenirla o a mantenerla controlada
- Poco útil, solo te sirvió en algunas cosas

III. CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS

Conocimientos	Si	No	No sabe
Conocimientos básicos sobre diabetes mellitus tipo 2			
El comer azúcar en exceso puede causar diabetes			
La diabetes es causada por la falta de una sustancia llamada insulina			
La diabetes es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo			
Los riñones producen insulina			
Siendo diabético puedo tener hijos diabéticos			
La diabetes no se cura			
Hay dos tipos de diabetes, tipo1 y 2			
El comer mucho estimula al cuerpo a producir insulina			
Es igual de importante el escoger los alimentos que vamos a comer como la forma de prepararlos			
Los alimentos de los diabéticos deben de ser diferentes a los de los demás			

Conocimiento sobre control glucémico	SI	NO	NO SABE
Si no tomo mis medicamentos, ni hago dieta, ni tampoco hago ejercicios me aumenta la glicemia			
El ejercicio produce mayor necesidad de insulina o medicamentos			
El medicamento es más importante que la dieta y el ejercicio			
Son datos de azúcar alto la sudoración y la sensación de frío			
Son datos de azúcar bajo la sed y el hambre			

Conocimiento sobre prevención y complicaciones	SI	NO	NO SABE
Diabetes mellitus causa problemas de circulación sanguínea			
Las heridas en los pacientes diabéticos cicatrizan más lento, tardan en cicatrizar o cerrarse			
El paciente diabético debe de tener más cuidado en el cuidado de sus uñas			
Las heridas de los diabéticos deben de lavarse con yodo y alcohol			
Diabetes mellitus puede dañar los riñones de los pacientes			
Diabetes mellitus produce alteraciones en las sensaciones percepción sensitiva			
Los pacientes diabéticos deben de utilizar medias elásticas o calcetines apretados			

IV. ACTITUDES ANTE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA DIABETES
MELLITUS

Actitudes	Acuerdo	Ni de acuerdo Ni en Desacuerdo	Desacuerdo
Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a bajar de peso			
Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a mejorar mi dieta			
Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a hacer más ejercicio físico			
No tengo tiempo para hacer ejercicio			
Es difícil consumir comidas saludables			
Quisiera saber más acerca de cómo estar más saludable sin necesidad de tomar medicamentos			
Me gustaría realizarme una evaluación anual de salud			
Cuesta mucho mantenerse en forma			
Si estuviera con sobrepeso o enfermo, estaría interesado en participar en un grupo de autoayuda			
Recibo atención de buena calidad en el C/S Fco. Morazán			

- **Anexo 2.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Buenos días / tardes, nosotros médicos en servicio social de la Facultad de Medicina, planteamos que la razón de nuestra visita se debe a que estamos realizando un estudio sobre "Conocimientos y actitudes sobre Diabetes Mellitus en usuarios de dispensarizados en el Centro de salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el período de octubre del año 2015".

Si usted acepta participar en esta investigación no recibirá un beneficio directo de los resultados de este estudio. La información obtenida en este estudio podría ayudarnos en el futuro a mejorar sobre el manejo de la Diabetes.

Yo _____ he leído la información de esta hoja de consentimiento y todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación en este han sido explicadas; autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud a los médicos en servicio social de la Facultad de Medicina UNAN-MANAGUA en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

- **Anexo 3.**

Managua, Nicaragua
Viernes 2 octubre del 2015

A: Dra. Claudia Fletes

Por medio de este documento; Yo, Claudia Lissette Fletes Bravo, apruebo que mi tesis monográfica titulada: *“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Diabetes Mellitus en usuarios de la consulta externa en el Hospital Regional Asunción Juigalpa en el período de Enero-Febrero 2014”*, sea utilizada por Oxana Narváez Aburto y Marbella López Quiroz para base de su estudio monográfico titulado: *“Conocimientos y actitudes sobre Diabetes Mellitus en usuarios de dispensarizados en el Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el período de octubre del 2015”* para que ellas puedan optar a su título de doctor en medicina y cirugía.



Dra. Claudia Fletes Bravo
MEDICO RESIDENTE
PEDIATRIA
COD. R-0415
HOSP. CARLOS FINLAY MANAGUA NICARAGUA

Dra. Claudia Lissette Fletes Bravo

- **Anexo 4.**

TABLAS

Tabla N° 1a

Características Socio-demográficas de usuarios de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

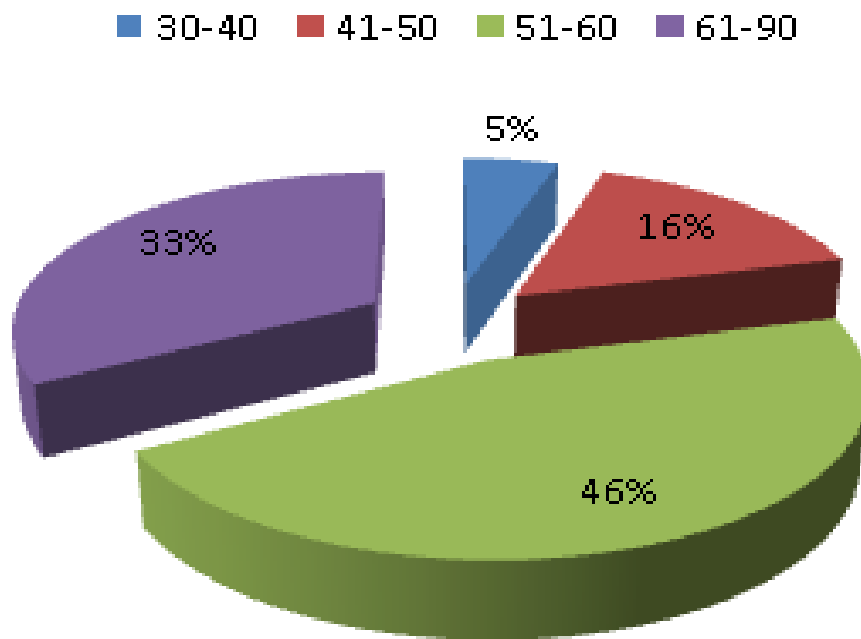
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	FRECUENCIA. (n=120)	PORCENTAJE
Edad		
30 – 40 años	6	5.00
41 – 50 años	19	15.83
51 – 60 años	55	45.83
60 años o más	40	33.33
Sexo		
Femenino	77	64.17
Masculino	43	35.83
Etnia		
Mestiza	117	97.50
Misquita	2	1.67
Mayagna	1	0.83
Estado Civil		
Soltera/o	30	25.00
Casada/o	42	35.00
Viuda/o	15	12.50
Acompañada/o	30	25.00
Divorciada/o	3	2.50

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Gráfico N° 1

Edad de los pacientes diabéticos de dispensarizados de la consulta del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Edad



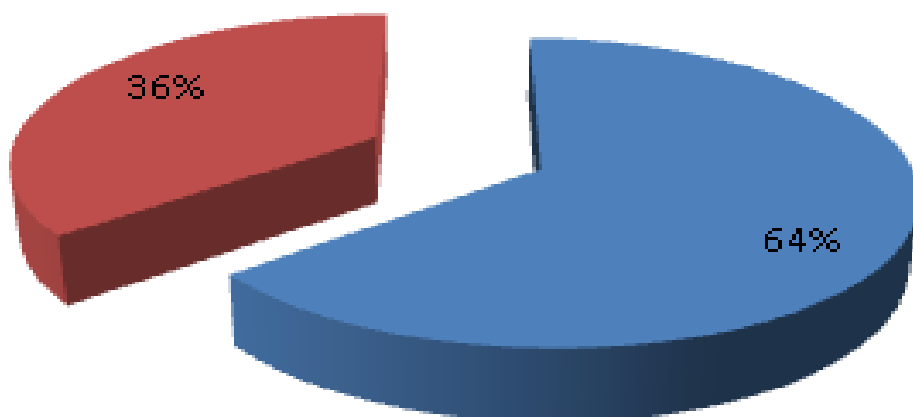
Fuente: Tabla N° 1a

Gráfico N° 2

Sexo de los pacientes diabéticos de dispensarizados de la consulta del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Sexo

■ Femenino ■ Masculino

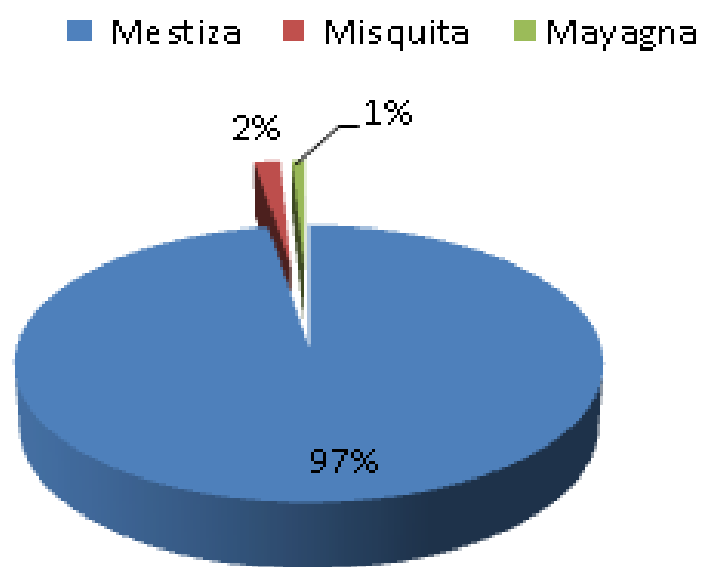


Fuente: Tabla N° 1a

Gráfico N° 3

Etnia de los pacientes diabéticos de dispensarizados de la consulta del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Etnia



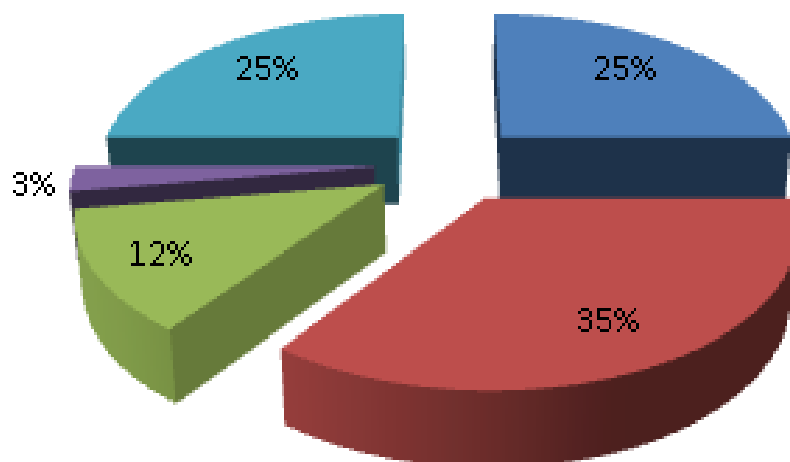
Fuente: Tabla N° 1a

Gráfico N° 4

Estado Civil de los pacientes diabéticos de dispensarizados de la consulta del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Estado Civil

■ Soltera/o ■ Casada/o ■ Viuda/o ■ Divorciada/o ■ Acompañada/o



Fuente: Tabla N° 1a

Tabla N° 1b

Características Socio demográficas de usuarios de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

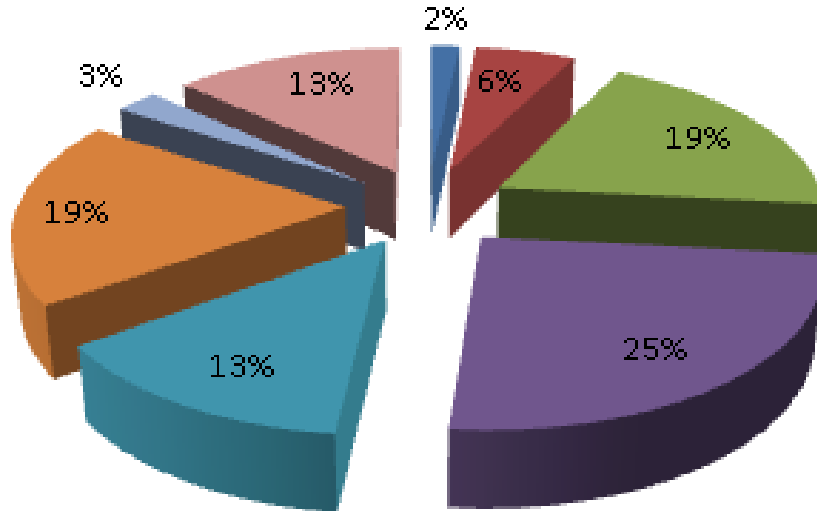
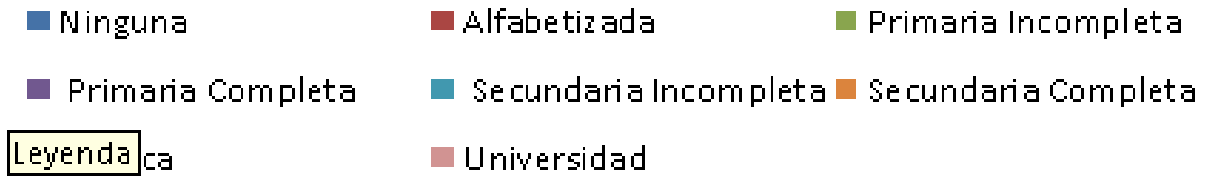
Escolaridad		
Ninguna	2	1.67
Alfabetizada	7	5.83
Primaria incompleta	23	19.17
Primaria completa	30	25.00
Secundaria incompleta	16	13.33
Secundaria completa	23	19.17
Técnico	3	2.50
Universitaria	16	13.33
Ocupación		
Ama de casa	48	40.00
Trabajador	41	34.17
Jubilado	21	17.50
No Trabaja	10	8.33

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Gráfico N° 5

Etnia de los pacientes diabéticos de dispensarizados de la consulta del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Escolaridad



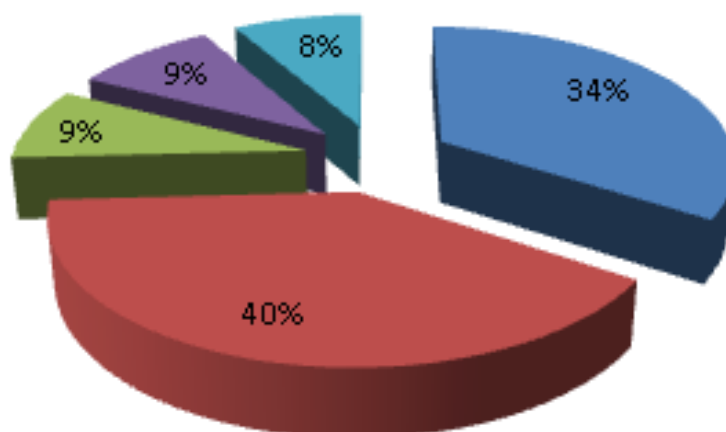
Fuente: Tabla N° 1b

Gráfico N° 6

Ocupación de los pacientes diabéticos de dispensarizados de la consulta del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Ocupación

■ Trabajador ■ Ama de Casa ■ jubilada ■ jubilado ■ No Trabaja



Fuente: Tabla N° 1b

Tabla N° 2

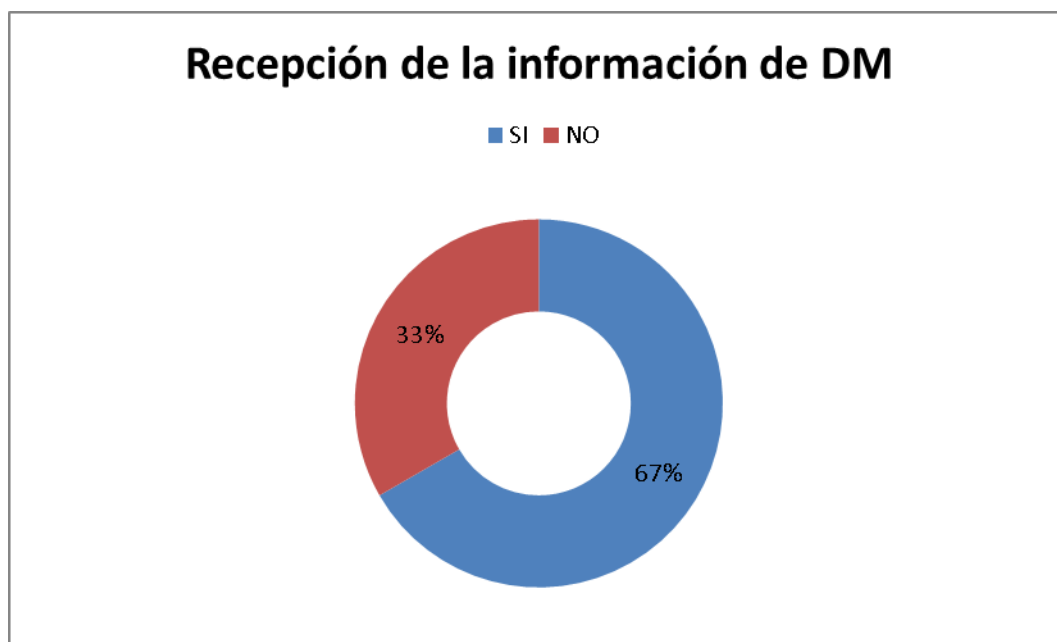
Agentes de cambio sobre los conocimientos y actitudes a los usuarios de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

AGENTES DE CAMBIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Has recibido información sobre diabetes mellitus (n=120)		
Sí	80	66.67
No	40	33.33
Fuente de información (n=80)		
Televisión	7	8.75
Radio	0	0.00
Amigos	1	1.25
Personal de Salud	63	78.75
Internet	9	11.25
Calidad de la información (n=80)		
Clara	53	66.25
Confusa	12	15.00
Completa	15	18.75
Utilidad de la información (n=80)		
Útil	70	87.50
Poco útil	10	12.50

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Gráfico N° 7

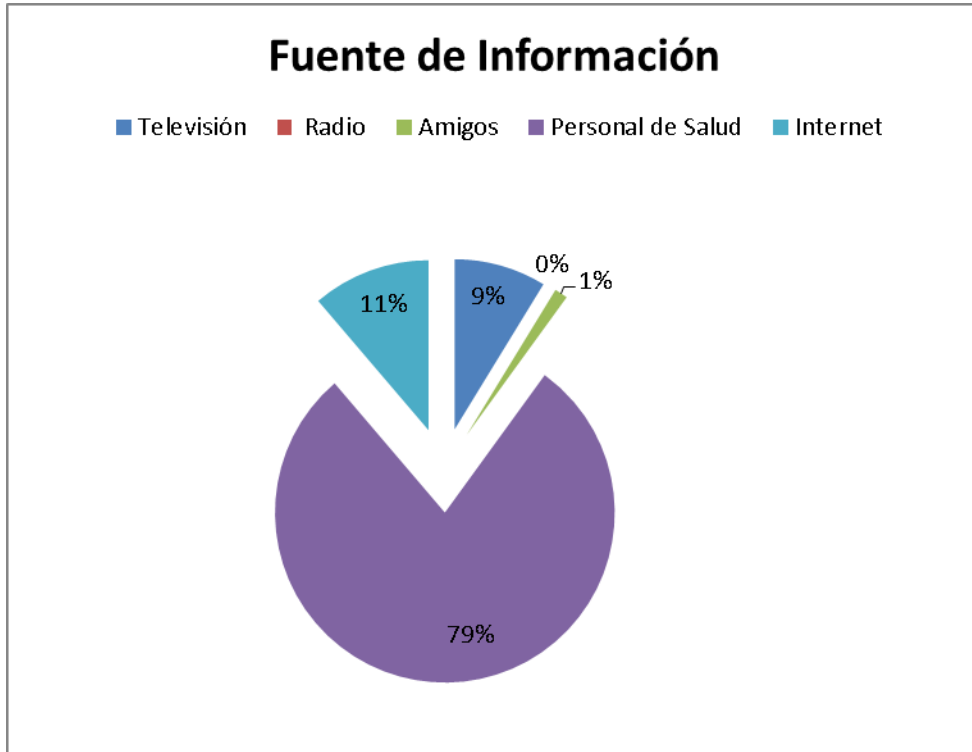
Recepción de la información de Diabetes Mellitus de los pacientes diabéticos de dispensarizados de la consulta del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 2

Gráfico N° 8

Fuente de información de Diabetes Mellitus de los pacientes diabéticos de dispensarizados de la consulta del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 2

Gráfico N° 10

Calidad de la información ante la Diabetes Mellitus de los pacientes diabéticos de dispensarizados de la consulta del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 2

Gráfico N° 11

Percepción de la utilidad de la información ante la Diabetes Mellitus de los pacientes diabéticos de dispensarizados de la consulta del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 2

Tabla N° 3a

Conocimientos sobre diabetes mellitus en usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

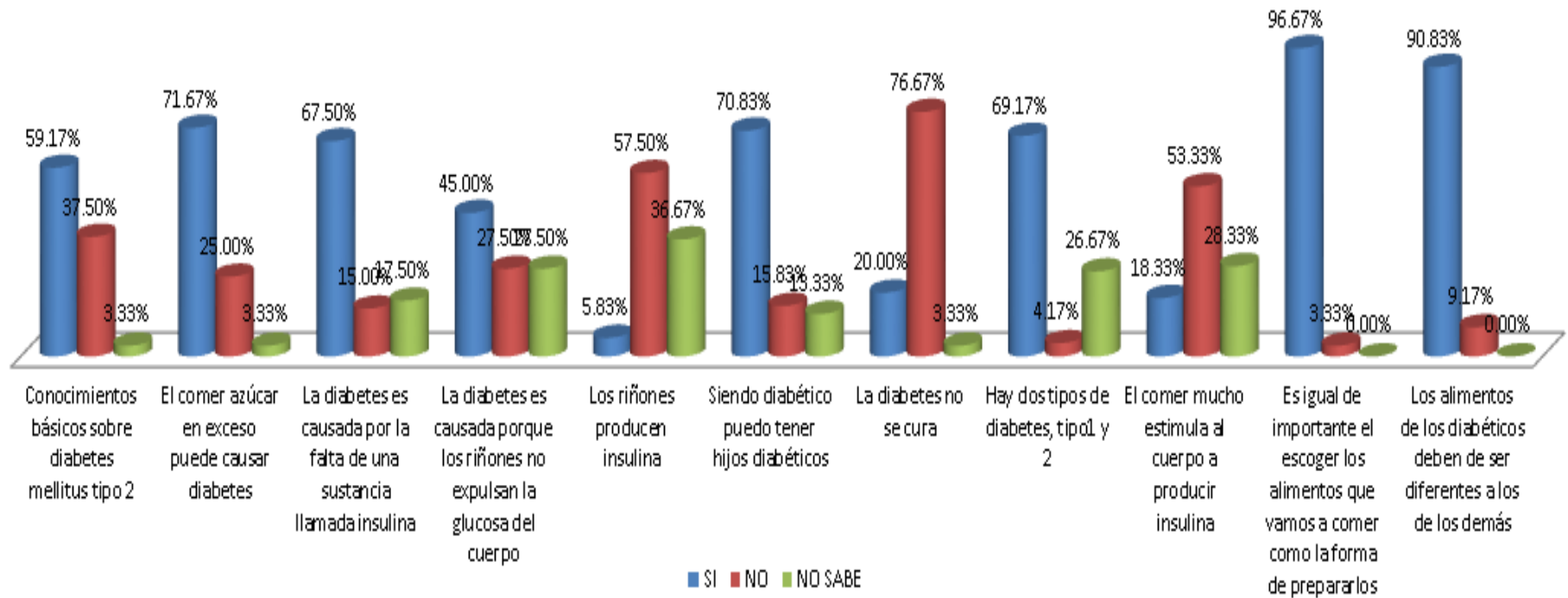
CONOCIMIENTOS	Sí		No		No sabe	
	F	%	F	%	F	%
Básicos						
Conocimientos básicos sobre diabetes mellitus tipo 2	71	59.16	45	37.50	4	3.33
Comer azúcar en exceso causa diabetes	86	71.66	30	25.00	4	3.33
La diabetes es causada por la falta de insulina	81	67.50	18	15.00	21	17.50
La diabetes es causada porque los riñones no expulsan el azúcar del cuerpo	54	45.00	33	27.00	33	27.00
Los riñones producen insulina	7	5.83	69	57.50	44	36.66
Siendo diabética puedo tener hijos diabéticos	85	70.83	19	15.83	16	13.33
La diabetes mellitus se cura	24	20.00	92	76.66	4	3.33

La diabetes se divide principalmente en tipo 1 y tipo 2	83	69.17	5	4.17	32	26.67
Comer mucho estimula la producción de insulina	22	18.3	64	53.33	34	28.33
Es importante escoger los alimentos que vamos a comer así como la forma de prepararlos	116	96.6	4	3.33	0	0
Los alimentos de los diabéticos deben ser diferentes a los de los demás	109	90.8	11	9.17	0	0

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Grafico N° 12

Conocimientos sobre diabetes mellitus en usuarios de dispensarizados de la consulta del Centro de Salud Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente Tabla N° 3a

Tabla N° 3b

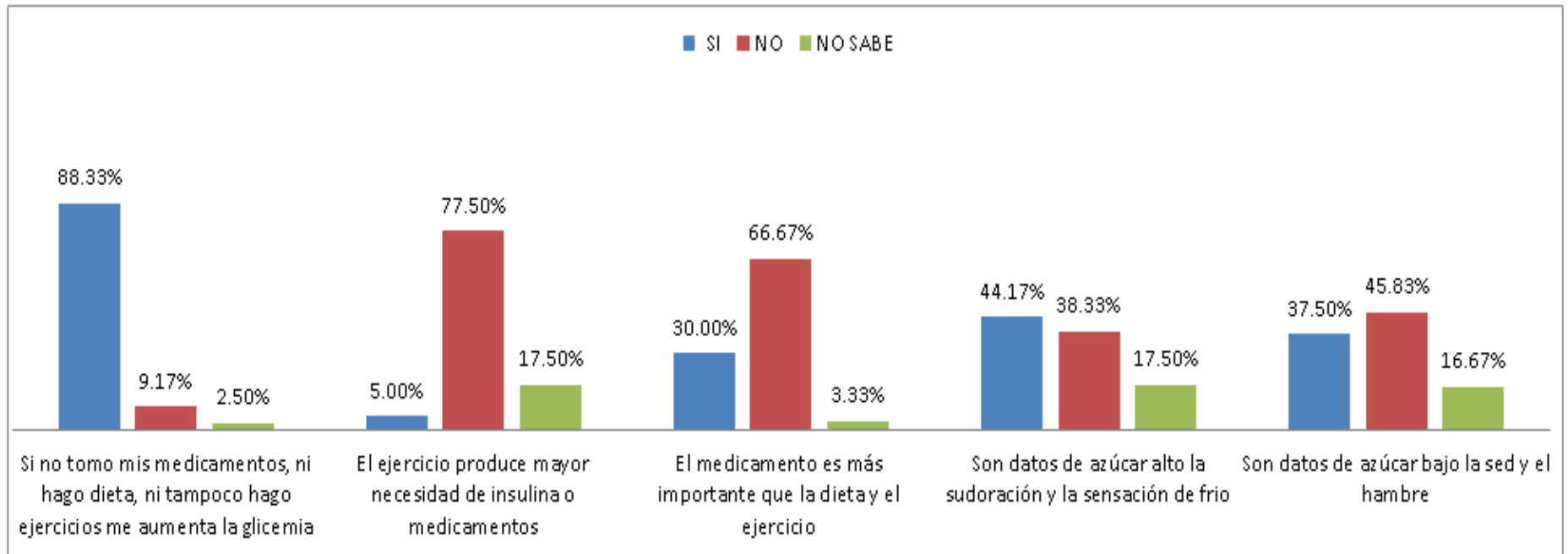
Conocimientos sobre diabetes mellitus en usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

CONOCIMIENTOS	Sí		No		No sabe	
	F	%	F	%	F	%
Sobre control glucémico						
Si no tomo mis medicamentos, ni hago dieta, ni tampoco hago ejercicios me aumenta la glucemia	106	88.33	11	9.17	3	2.50
El ejercicio produce mayor necesidad de insulina o medicamentos	6	5	93	77.5	21	17.5
El medicamento es más importante que la dieta y el ejercicio	36	30	80	66.6	4	3.33
Son datos de azúcar alto la sudoración y la sensación de frío	53	44.1	46	38.3	21	17.5
Son datos de azúcar bajo la sed y el hambre	45	37.5	55	45.8	20	16.6
Sobre prevención y complicaciones						
La Diabetes Mellitus causa problemas de circulación sanguínea	108	90	3	2.5	9	7.5
Las heridas en los pacientes diabéticos cicatrizan más lento	108	90	12	10	0	0
El paciente diabético debe tener más cuidado en el cortado de sus uñas	119	99.1	1	0.83	0	0
Las heridas de los diabéticos deben de lavarse a base de yodo y alcohol	78	65	39	32.5	3	2.5
La Diabetes Mellitus puede dañar los riñones	115	95.8	0	0	5	4.17
La Diabetes Mellitus produce alteraciones en la percepción sensitiva	107	89.1	6	5	7	5.83
Los pacientes diabéticos deben usar medias elásticas o calcetines apretados	12	10	93	77.5	15	12.5

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Grafico N° 13

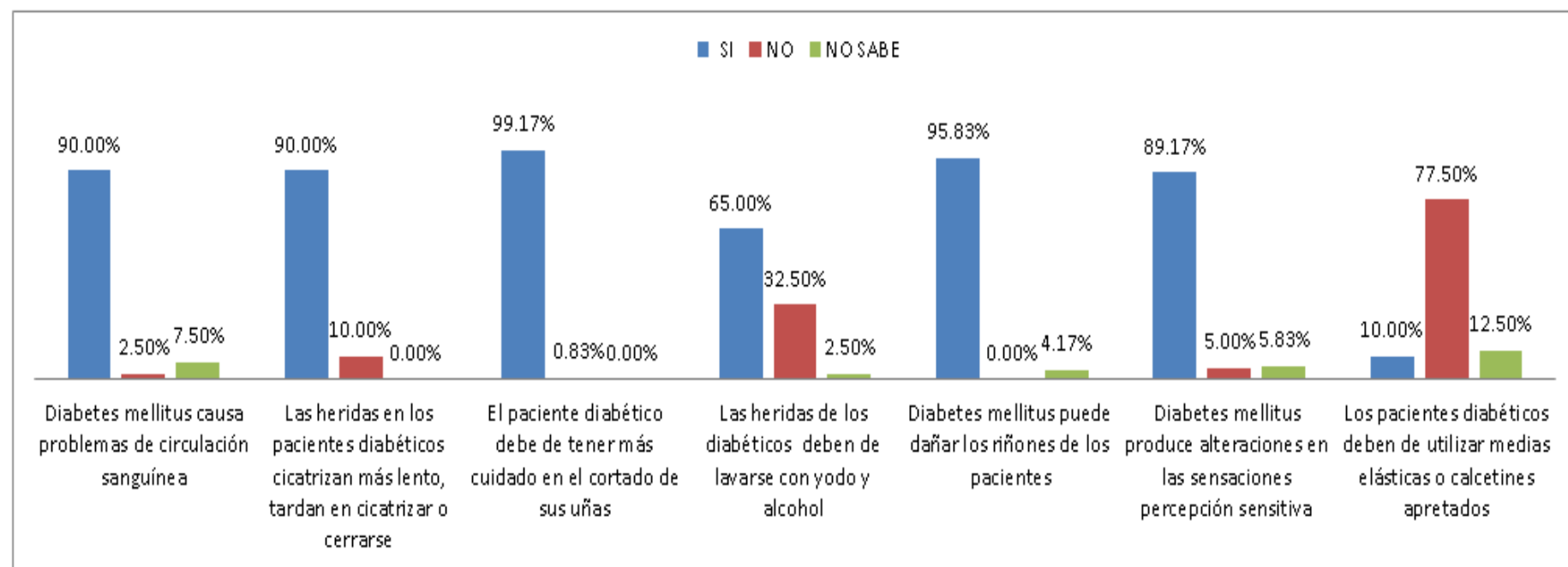
Conocimientos sobre diabetes mellitus en usuarios de dispensarizados de la consulta del Centro de Salud Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 3b

Grafico N° 14

Conocimientos sobre diabetes mellitus en usuarios de dispensarizados de la consulta del Centro de Salud Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla 3b

Tabla N° 4

Nivel de conocimientos de pacientes con Diabetes Mellitus usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

CONOCIMIENTOS	NIVEL DE CONOCIMIENTOS	
	F	%
Buenos	60	50
Malos	60	50
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Tabla N° 5a

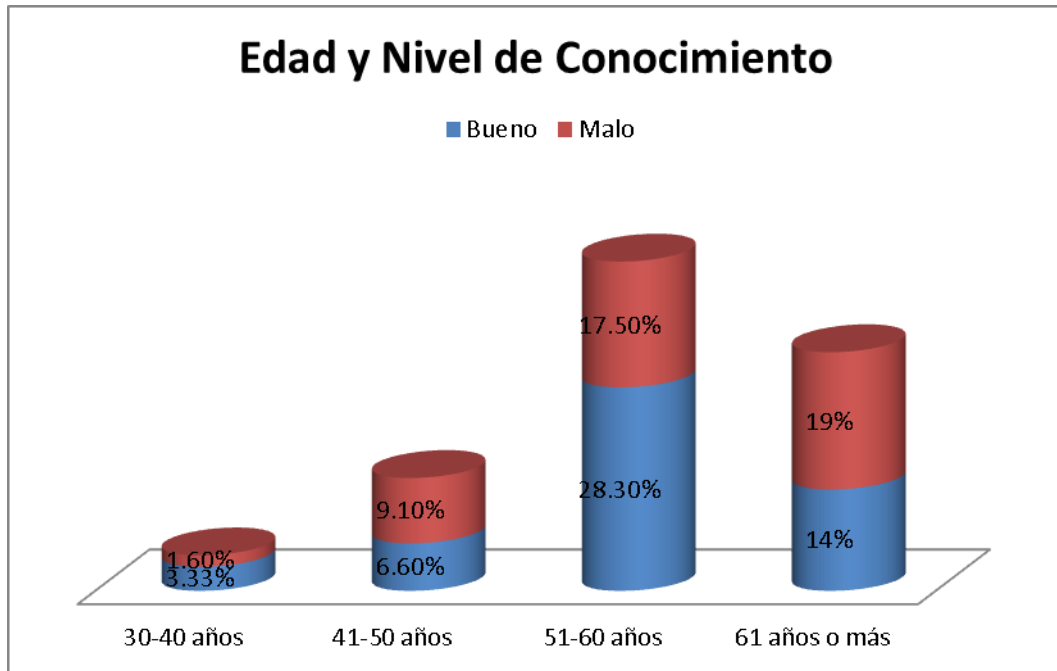
Características sociodemográficas y nivel de conocimientos de pacientes con Diabetes Mellitus usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	BUENO		MALO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Edad						
30-40 años	4	3.33	2	1.6	6	4.99
41-50 años	8	6.6	11	9.1	19	15.7
51-60 años	34	28.3	21	17.5	55	45.8
60 años o más	17	14.1	23	19.1	40	33.2
Total	63	52.3	57	47.3	120	100
Sexo						
Masculino	20	16.6	23	19.16	43	37.5
Femenino	40	33.3	37	30.8	77	64.1
Total	60	49.9	60	49.9	120	100
Etnia						
Mestiza	59	49.1	58	48.3	117	97.4
Mayagna	0	0	1	0.83	1	0.83
Misquita	1	0.83	1	0.83	2	1.6
Total	60	49.9	60	49.9	120	100

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Grafico N° 16

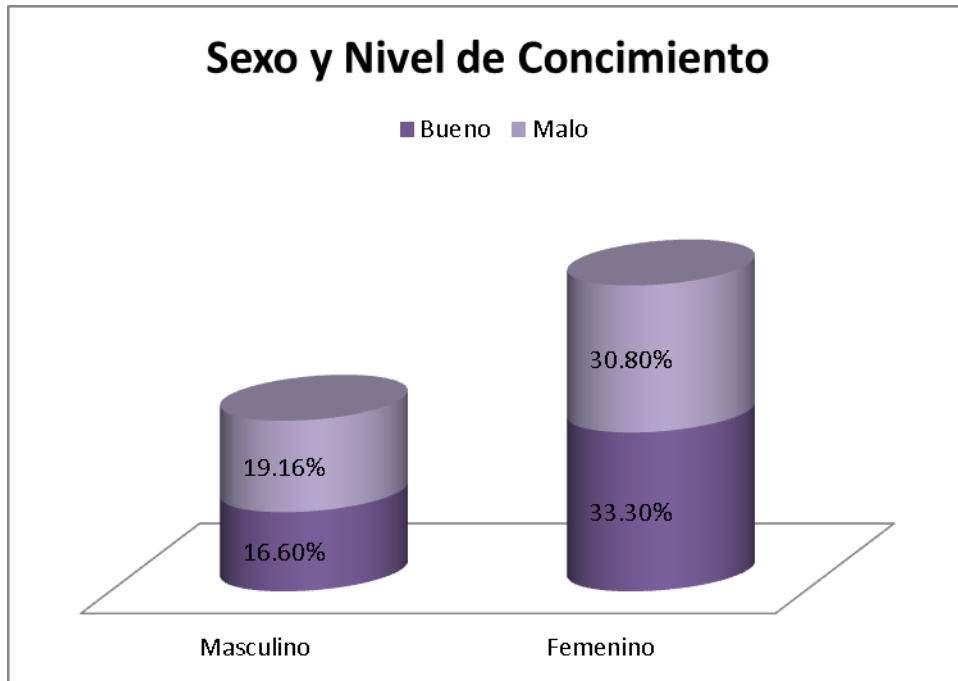
Características sociodemográficas y nivel de conocimientos de pacientes con diabetes mellitus usuarios de la consulta dispensarizados del Centro de Salud Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 5a

Grafico N° 17

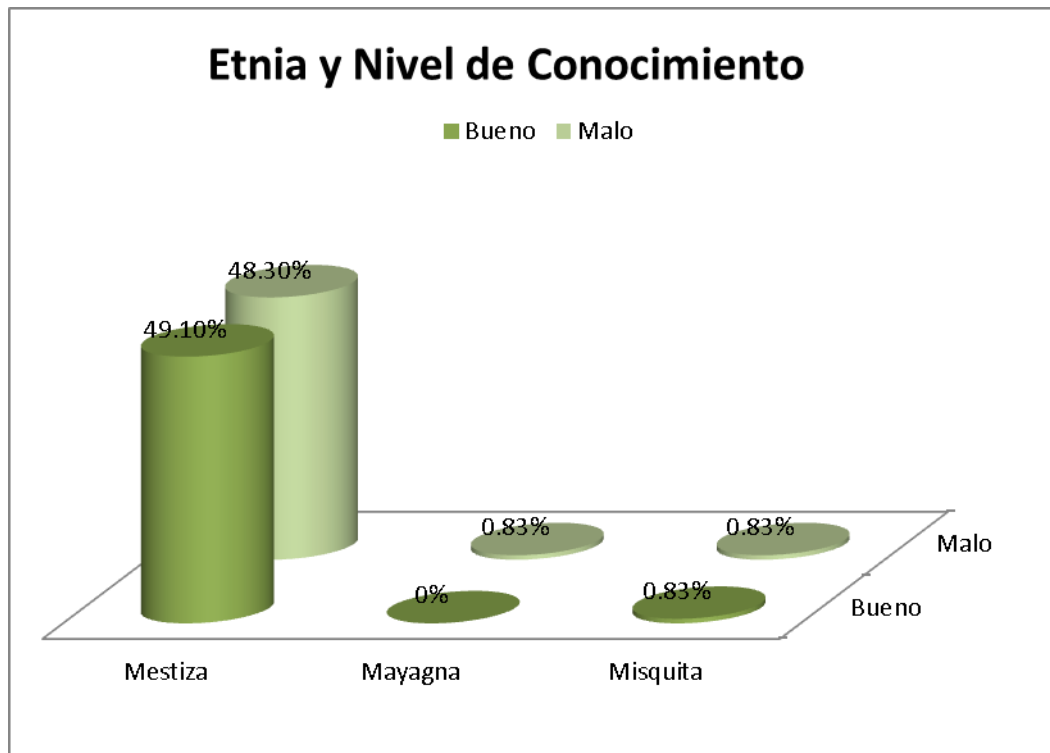
Características sociodemográficas y nivel de conocimientos de pacientes con diabetes mellitus usuarios de la consulta dispensarizados del Centro de Salud Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 5a

Grafico N° 18

Características sociodemográficas y nivel de conocimientos de pacientes con diabetes mellitus usuarios de la consulta dispensarizados del Centro de Salud Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 5a

Tabla N° 5b

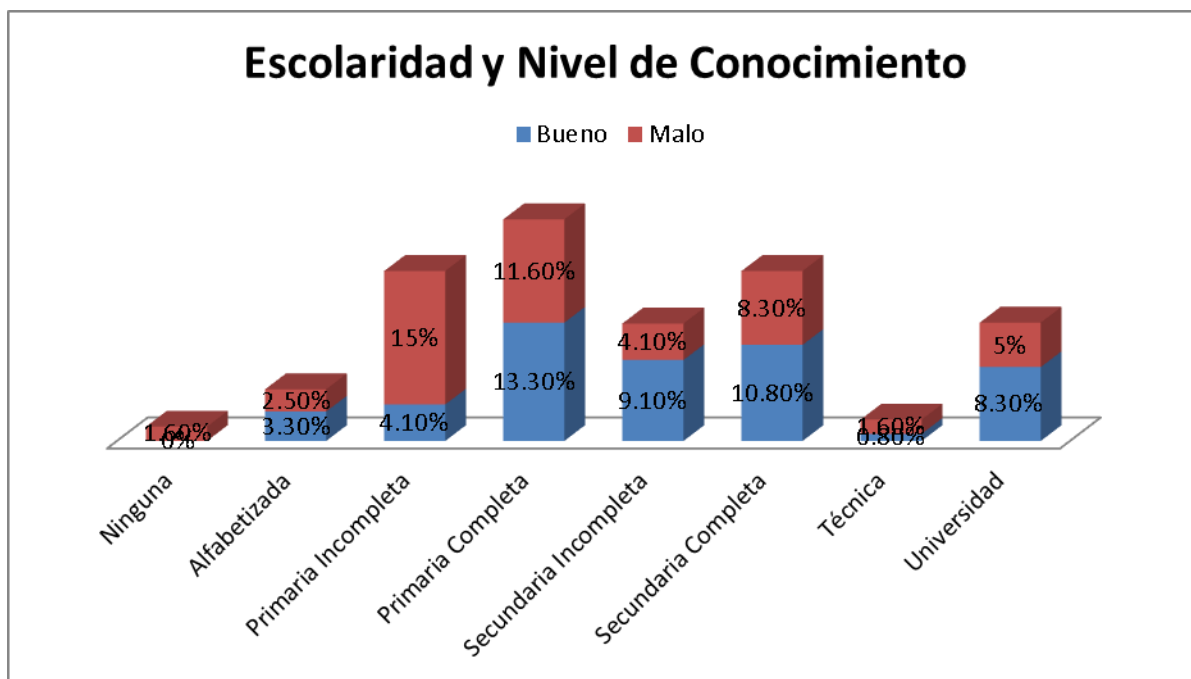
Características sociodemográficas y nivel de conocimientos de pacientes con Diabetes Mellitus usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	NIVEL DE CONOCIMIENTOS					
	BUENO		MALO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Escolaridad						
Ninguna	0	0	2	1.6	2	1.6
Alfabetizada/o	4	3.3	3	2.5	7	5.8
Primaria Incompleta	5	4.1	18	15	23	19.1
Primaria Completa	16	13.3	14	11.6	30	24.9
Secundaria Incompleta	11	9.1	5	4.1	16	13.2
Secundaria Completa	13	10.8	10	8.3	23	19.1
Técnica	1	0.8	2	1.6	3	2.4
Universidad	10	8.3	6	5	16	13.3
Total	60	49.7	60	49.7	120	100
Ocupación						
Ama de casa	27	22.5	21	17.5	48	40
Trabajador/a	21	17.5	20	16.6	41	34.1
Jubilada/o	8	6.6	13	10.3	21	17.4
No trabaja	5	4.16	5	4.16	10	8.2
Total	61	50.76	59	48.5	120	100

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Grafico N° 19

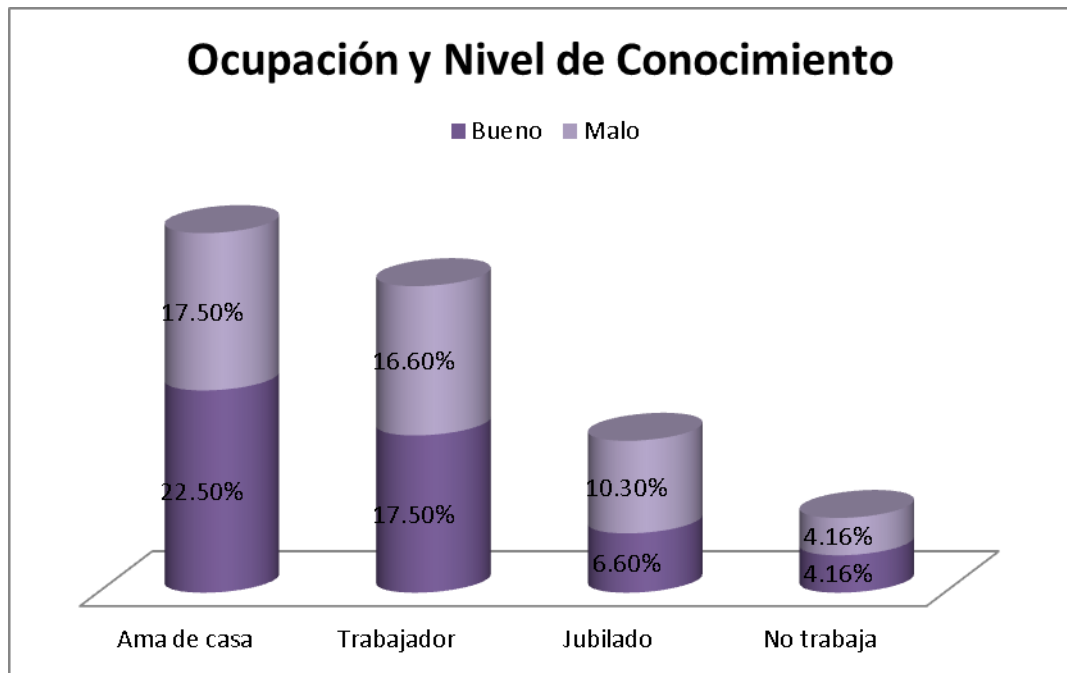
Características sociodemográficas y nivel de conocimientos de pacientes con diabetes mellitus usuarios de la consulta dispensarizados del Centro de Salud Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 5b

Grafico N° 20

Características sociodemográficas y nivel de conocimientos de pacientes con diabetes mellitus usuarios de la consulta dispensarizados del Centro de Salud Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 5b

Tabla N° 6

Actitudes ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en usuarios consulta de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

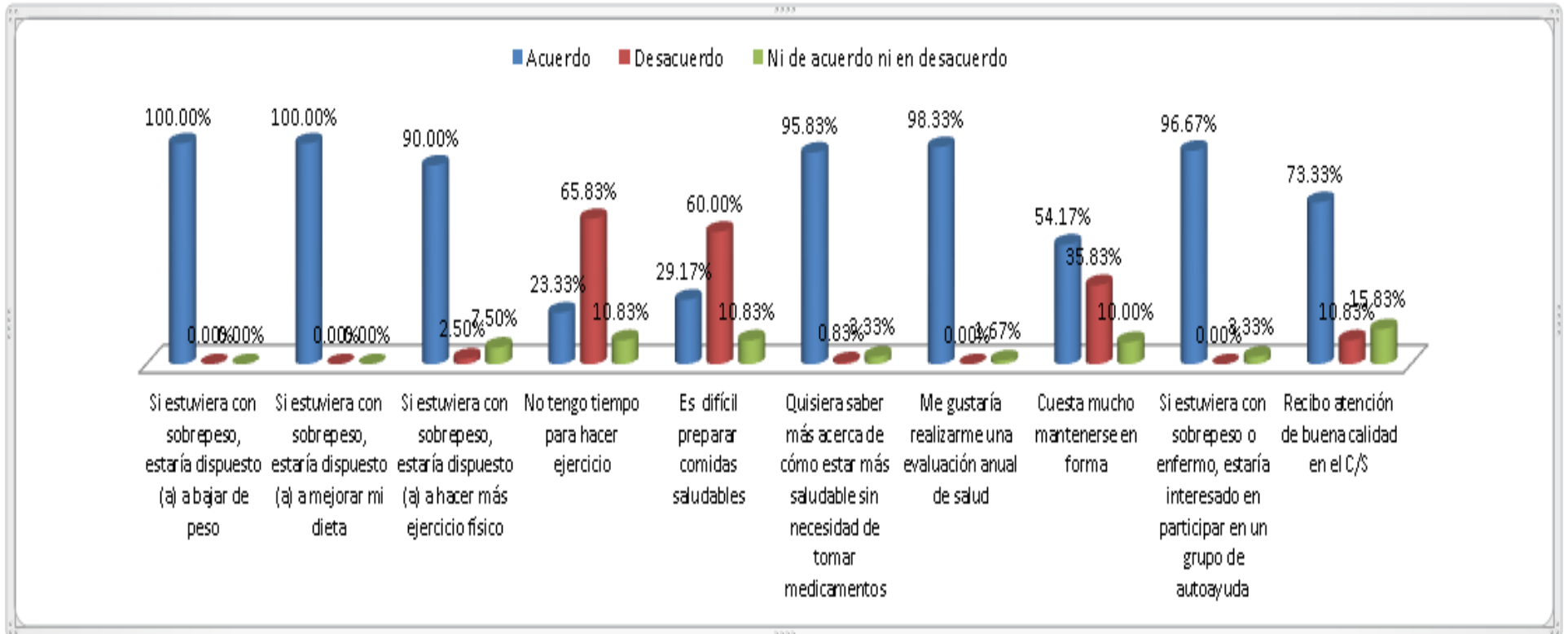
ACTITUDES ANTE LOS FACTORES DE RIESGO	DE ACUERDO		NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO		EN DESACUERDO	
	F	%	F	%	F	%
Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a bajar de peso	120	100	0	0	0	0
Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) mejorar mi dieta	120	100	0	0	0	0
Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) hacer más ejercicio físico	108	90	9	7.5	3	2.5
No tengo tiempo para hacer ejercicio	28	23	13	10.8	79	65.8
Es muy difícil preparar comidas saludables	35	29.1	13	10.8	72	60
Quisiera saber más acerca de cómo estar más saludable sin necesidad de tomar medicamentos	115	95.3	4	3.33	1	0.83
Me gustaría realizarme una evaluación anual de salud	118	98.3	2	1.6	0	0
Cuesta mucho mantenerse en forma	65	54.1	12	10	43	35.8

Si estuviera en sobrepeso o enfermo estaría interesado (a) en participar en un grupo de autoayuda	116	96.6	4	3.33	0	0
Recibo atención de buena calidad en el centro de salud Fco. Morazán	88	73.3	19	15.8	13	10.8

Fuente: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Grafico N° 21

Actitudes ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en usuarios consulta de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 6

Tabla N° 7a

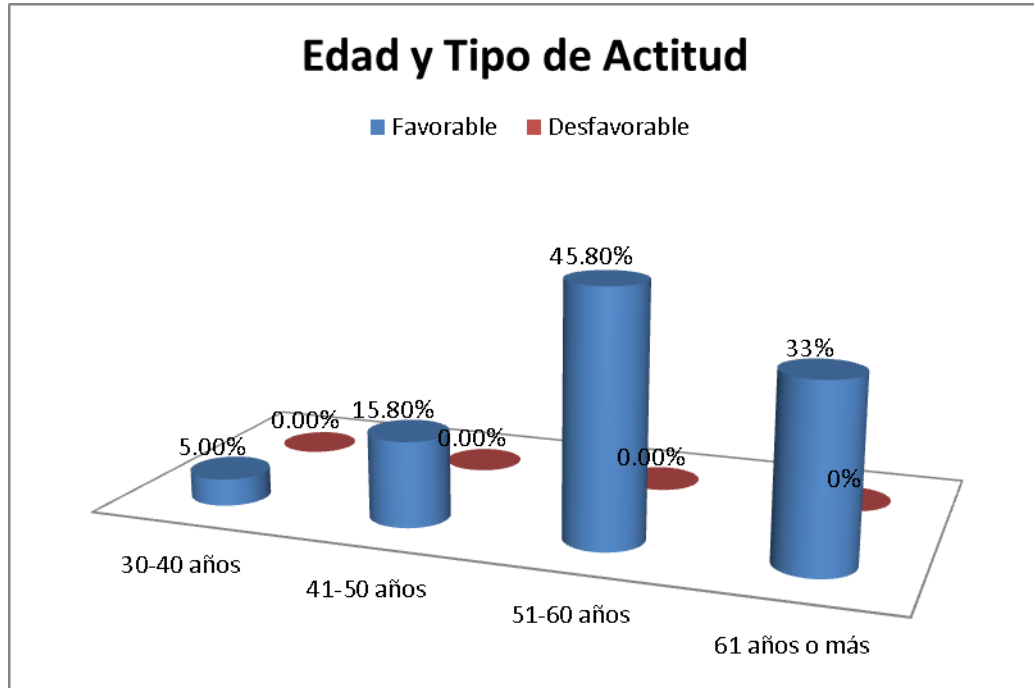
Características sociodemográficas y tipo de actitud de pacientes con Diabetes Mellitus usuarios de la consulta de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	TIPO DE ACTITUD			
	FAVORABLE		TOTAL	
	F	%	F	%
Edad				
30 – 40 años	6	5	6	5
41 – 50 años	19	15.8	19	15.8
51 – 59 años	55	45.8	55	45.8
60 años o más	40	33.3	40	33.3
Total	120	100	120	100
Sexo				
Masculino	43	35.8	43	35.8
Femenino	77	64.16	77	64.16
Total	120	100	120	100
Etnia				
Mestiza	117	97.5	117	97.5
Mayagna	1	0.83	1	0.83
Misquita	2	1.6	2	1.6
Total	120	100	120	100

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios de la consulta de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Gráfico N° 22

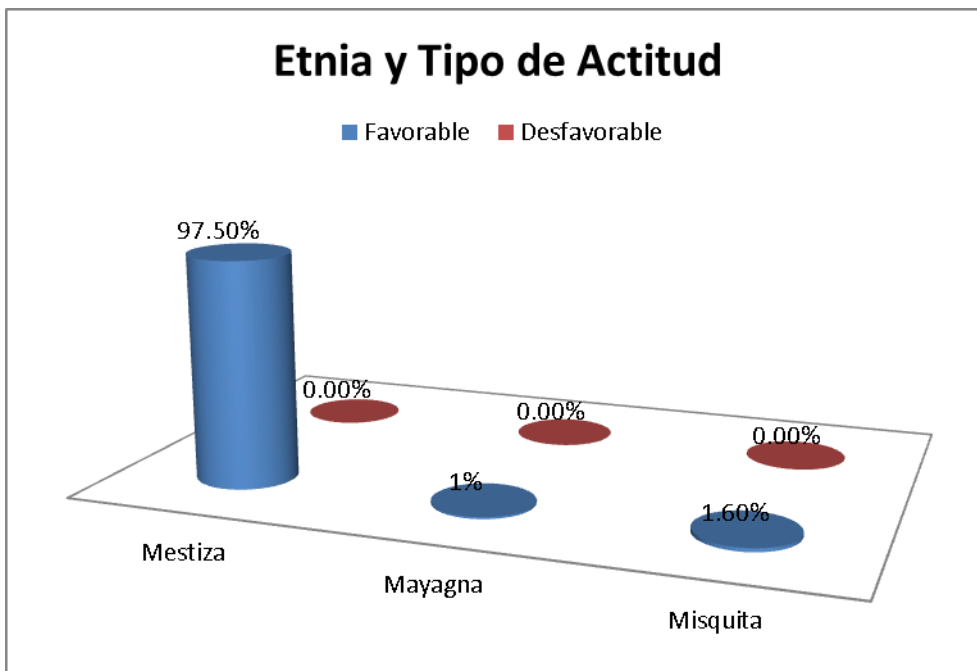
Características sociodemográficas y tipo de actitud de pacientes con Diabetes Mellitus usuarios de la consulta de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 7a

Gráfico N° 23

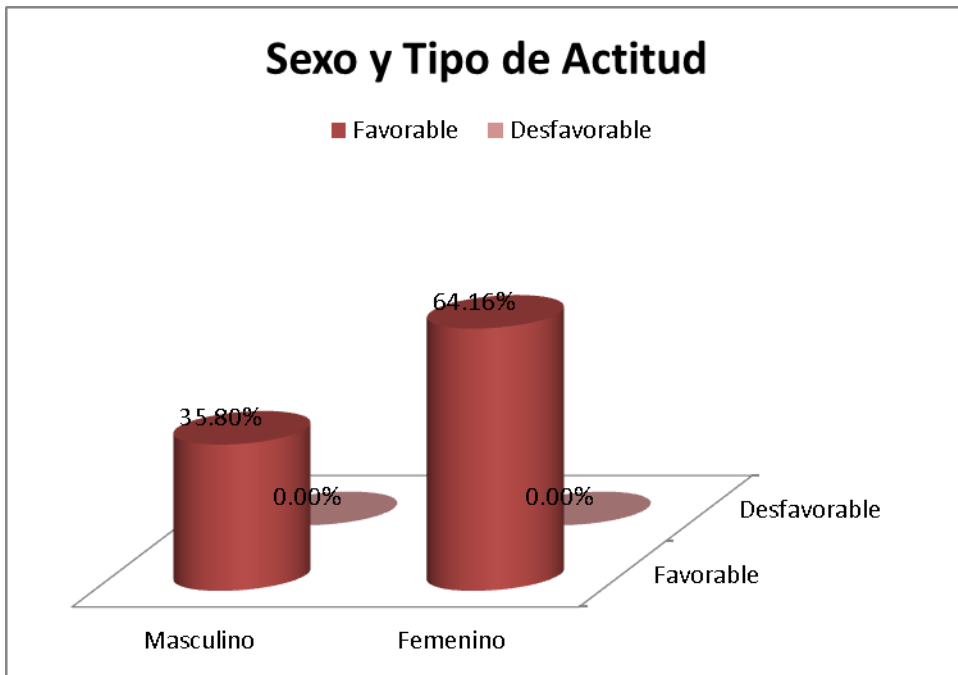
Características sociodemográficas y tipo de actitud de pacientes con Diabetes Mellitus usuarios de la consulta de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 7a

Gráfico N° 24

Características sociodemográficas y tipo de actitud de pacientes con Diabetes Mellitus usuarios de la consulta de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 7a

Tabla N° 7b

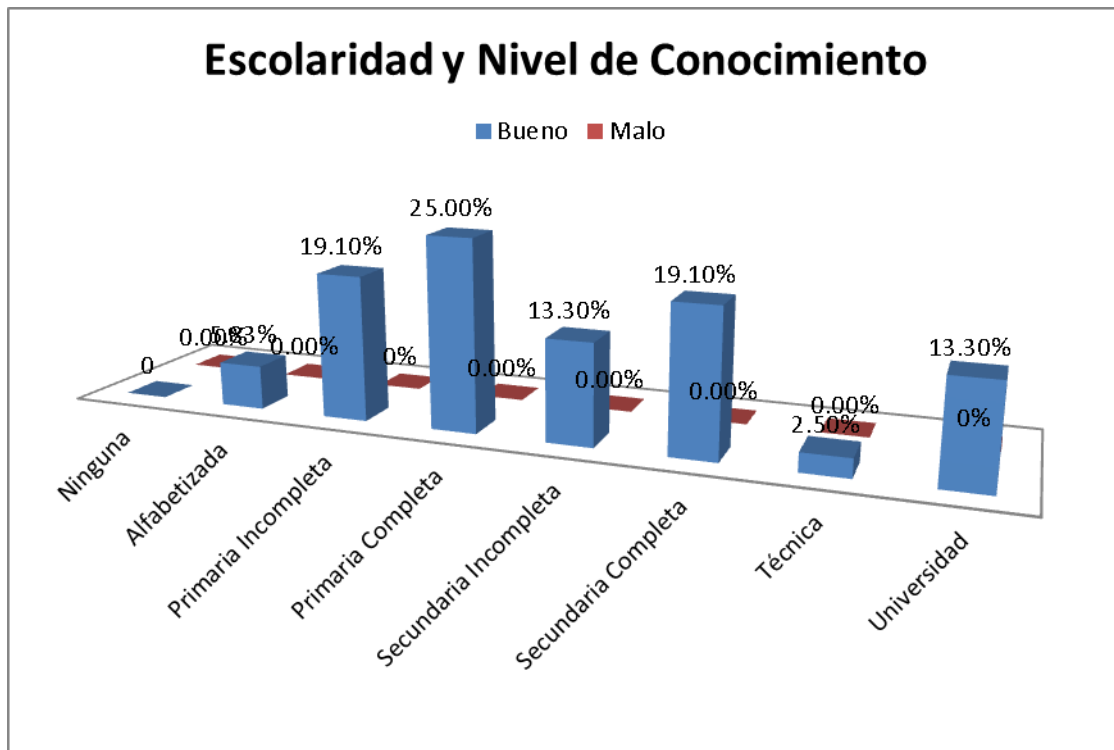
Características sociodemográficas y tipo de actitud de pacientes con Diabetes Mellitus usuarios de la consulta de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	TIPO DE ACTITUD			
	FAVORABLE		TOTAL	
	F	%	F	%
Escolaridad				
Ninguna	2	1.6	2	1.6
Alfabetizada/o	7	5.83	7	5.83
Primaria incompleta	23	19.1	23	19.1
Primaria completa	30	25	30	25
Secundaria incompleta	16	13.3	16	13.3
Secundaria completa	23	19.1	23	19.1
Técnica	3	2.5	3	2.5
Universidad	16	13.3	16	13.3
Total	120	100	120	100
Ocupación				
Ama de casa	48	40	48	40
Trabajador/a	41	34.1	41	34.1
Jubilado/a	21	17.5	21	17.5
No trabaja	10	8.3	10	8.3
Total	120	100	120	100

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios de la consulta de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Gráfico N° 25

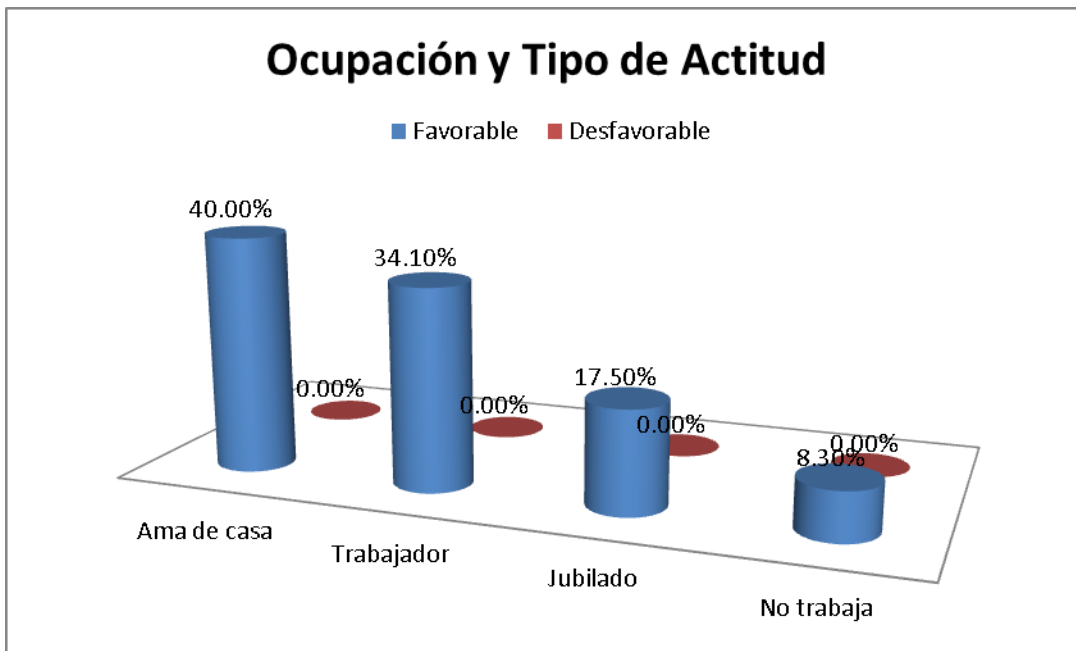
Características sociodemográficas y tipo de actitud de pacientes con Diabetes Mellitus usuarios de la consulta de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 7b

Gráfico N° 26

Características sociodemográficas y tipo de actitud de pacientes con Diabetes Mellitus usuarios de la consulta de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 7b

Tabla N° 8

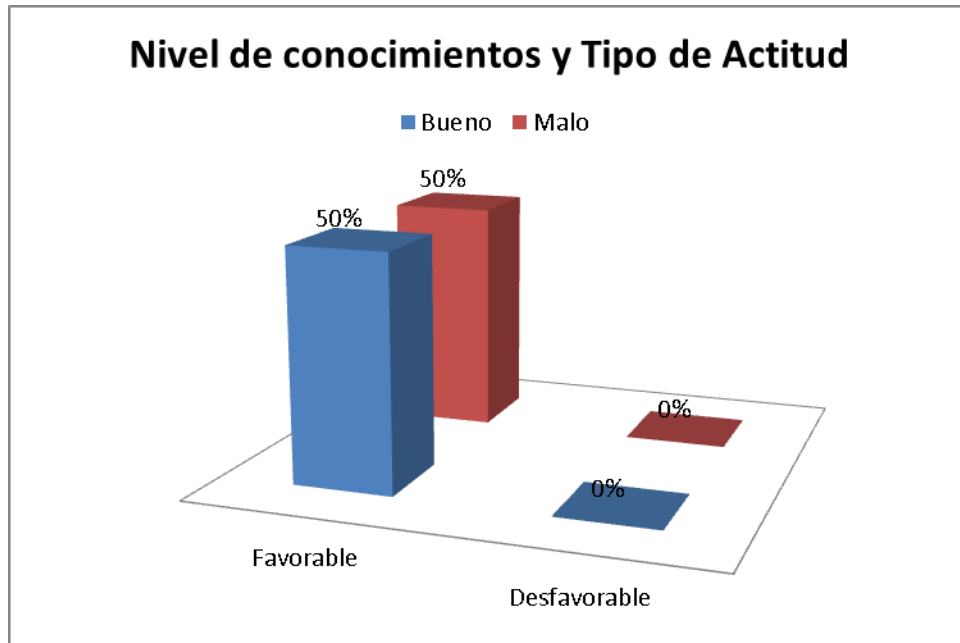
Nivel de conocimientos y tipo de actitud de pacientes con Diabetes Mellitus usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	TIPO DE ACTITUD					
	FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Buenos	60	50	0	0	60	50
Malos	60	50	0	0	60	50
TOTAL	120	100	0	0	120	100

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.

Gráfico N° 27

Nivel de conocimientos y tipo de actitud de pacientes con Diabetes Mellitus usuarios de la consulta de la consulta de dispensarizados del Centro de Salud y Policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el periodo de octubre del 2015.



Fuente: Tabla N° 8