



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Facultad de Medicina

Recinto Universitario Rubén Darío

Tesis de investigación

Para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

“CONOCIMIENTO ACTITUDES Y PRÁCTICA SOBRE DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD JORGE SINFOROSO BRAVO. GRANADA PERIODO
PRIMER SEMESTRE 2019.”

Autores:

Br. Julio César Hernández Campos

Br. Mariano Esteban Morales Norori

Tutor:

Dr. Eladio Melendez Alvarado. MSSR

Epidemiólogo del HAJN – Granada.

Managua. Noviembre 2019.

DEDICATORIA

A Dios por ser guía y fortaleza para superar las adversidades.

Para mis padres, Julio y Amparo, por sus valores, apoyo, sacrificio y cariño incondicional en todos estos años que han forjado la persona que soy.

A mis Hermanos, José Luis, Belén y mi sobrino Thiago por ser fuerte de inspiración y apoyo moral.

A Jacqueline por su comprensión, empeño y fuerza para llegar a la meta.

Para Mariano por su compañerismo y apoyo al haber recorrido este camino superando obstáculos para lograr el objetivo final.

A todos mis amigos, que han estado a la par, siempre ofreciéndome su apoyo.

Julio Hernández

Este trabajo se lo dedico a mi madre por guiar mi vida por el camino de la verdad con el fin de honrar a mi familia.

A mi esposa por su amor y paciencia, te amo.

A mi gran amigo Julio, tu ayuda a sido fundamental, has estado conmigo en los momentos difíciles, y no fue nada fácil pero siempre estuviste motivándome y guiándome.

Gracias a todos.

Mariano Morales

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento más sincero a nuestro tutor Dr. Eladio Meléndez, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

A la Universidad Autónoma de Nicaragua, Managua a todo el personal de la Facultad de Medicina, a todos nuestros maestros y compañeros que compartieron sus conocimientos y experiencias en nuestra formación profesional.

Agradecemos también a las autoridades de Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo de Granada, por permitirnos realizar el estudio y a los pacientes que participaron.

OPINION DEL TUTOR

Tengo a bien presentar la tesis “Conocimiento, actitudes y práctica sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes que acuden al centro de salud Jorge Sinforoso Bravo de Granada en el periodo del primer semestre 2019.”

Los bachilleres; Hernández y Morales son los actores de dicho trabajo. Ellos han demostrado desde el inicio del estudio investigativo responsabilidad, creatividad, ética y sensibilidad para tratar el tema.

Entre los resultados se destacan:

Reconocer que son las mujeres en su mayoría las que más están llegando a la unidad de salud por problema de diabetes y que fue evidente encontrar población relativamente joven padeciendo de esta enfermedad. Se destaca el trabajo que realizan la familia y el personal de salud para informar a la población. Y aunque se demuestre que la mayoría de los entrevistados tenían suficiente conocimiento y favorable actitud, se reconoció que algunas prácticas importantes para cuidarse de la diabetes que no son realizada adecuadamente.

Los autores del trabajo tienen el compromiso de dar a conocer los resultados a las autoridades de salud de la unidad donde se realizó y al SILAIS de Granada, para motivar el interés de establecer iniciativas de cambio en el manejo de información educación de los pacientes con diabetes.

Es deseable que el informe no sea uno más de la biblioteca de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua de Managua o de la unidad asistencial o SILAIS de la región. A la vez es importante señalar que el trabajo fue realizado con las mejores intenciones por parte de ellos.

Felicito a los Bachilleres por su compromiso con el trabajo y le insto a seguir preparándose para dar un mejor servicio a la población que le demanda.



Dr. Eladio Meléndez Alvarado. MSSR

Responsable Dpto. de Epidemiología.

HAJN Granada.

RESUMEN

La atención y la educación por la diabetes se encuentran entre los aspectos más importantes en la lucha contra esta enfermedad. A nivel de cada una de las unidades de salud de Nicaragua, se transmiten conocimientos, creencias y hábitos, así como también percepciones de riesgo para la salud que condicionan actitudes y conductas de los miembros dispensarizado frente a la enfermedad.

Se realizó un estudio en el centro de salud Jorge de Granada con el objetivo de describir el conocimiento, actitud y práctica sobre la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes que acuden a este centro de salud en el periodo del primer semestre del 2019. El tipo de estudio fue observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal, con enfoque mixto, donde fueron incluidos 120 pacientes al azar de los que acuden mensual a la unidad asistencia el tipo de muestreo fue considerado por conveniencia, ya que se tomó en cuenta el tiempo y la cantidad total de pacientes que podían acudir en un mes de estudio.

Para cumplir con los objetivos de estudio se elaboró instrumento que contiene elementos básicos sobre origen síntomas consecuencia y tratamiento de la enfermedad. Para valorar la actitud se hizo a través de escala de Likert con pregunta de igual contenido. Y las prácticas fueron dirigidas a lo que hacen los pacientes para controlar su enfermedad. Se usó sistema computarizado SPSS 21.0 para Windows. Que permitió construir tablas simples y cruces de variables.

Los resultados demuestran; Del total de personas estudiadas el 69.2% eran mujeres, el 49.2% eran ama de casa. El nivel de conocimiento de los pacientes se encontró que el 94.1% conocen lo suficientemente sobre la diabetes mellitus, mientras que el 5.8% su conocimiento es regular. Lo que corresponde al grado de actitud para sobrellevar el padecimiento de la diabetes, se muestra que 89.2% tenían una actitud favorable y el 10.8% la actitud es desfavorables. Al comparar estos dos elementos con algunas prácticas inadecuadas, las personas con suficiente conocimiento el 9.2% a veces y casi siempre se les ha olvidado el tratamiento para la diabetes y el 12.5% nunca o a veces acuden al médico o al programa de pacientes con diabetes.

Conclusión: el tener suficiente conocimiento y la actitud favorable incongruente con a las prácticas que hacen, permite observa que los niveles de glicemia en la mayoría de los pacientes no son óptimos y en algunos casos las consecuencias es el requerimiento de atención hospitalaria por complicaciones derivada de la diabetes.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus tipo 2, Conocimientos, Actitudes, Practicas, Granada.

INDICE

I.INTRODUCCIÓN.....	1
II.ANTECEDENTES.....	3
III.JUSTIFICACIÓN.....	8
IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V.OBJETIVO.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
VI. MARCO TEÓRICO.....	11
o Clasificación etiológica de la DM.....	11
o Epidemiología	13
o Etapas de la DM	14
o Prevención de la diabetes mellitus tipo 2.....	15
o Factores de Riesgo.....	16
o Diagnósticos y Tratamiento.....	17
o Complicaciones de diabetes mellitus.....	23
o Características específicas de la diabetes que dificultan el proceso de adaptación.....	28
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	32
7.1. Tipo de estudio.....	32
7.2. Área del estudio.....	32
7.3. Universo.....	32
7.5. Técnica y procedimiento.....	33
7.6. Plan de análisis y tabulación.....	35
7.7. Cruces de Variables.....	35
7.8 Operacionalización de variable.....	36
7.9. Aspectos éticos de la investigación.....	42
VIII. RESULTADOS.....	43
XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	47
X. CONCLUSIONES.....	51
XI. RECOMENDACIONES	52
XII. BIBLIOGRAFIA.....	53
XIII.ANEXOS.....	55

Anexos 1. Instrumento de recolección de la información.

Anexo 2. Hoja de consentimiento informado.

Anexo 3. Tablas de resultados.

Anexo 4. Gráficos de resultados.

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad que plantea grandes desafíos al paciente y también a los profesionales de la salud. Es una enfermedad compleja, tanto desde el punto de vista estrictamente médico-biológico, como desde el punto de vista de los cambios que impone en la vida de las personas afectadas y de aquellos que los rodean. Esta complejidad unida a otros factores dificulta en ciertos casos que la persona con diabetes asimile de una forma saludable su nueva situación. (Díaz Digón , 2007).

El comportamiento mundial y regional de la DM en las últimas décadas muestra un carácter epidémico vinculado con la mayor exposición a factores de riesgo (hábitos nutricionales no saludables, sedentarismo, obesidad) casi siempre relacionados con el estilo de vida de la sociedad contemporánea, con el aumento de la expectativa de vida, y otros factores epidemiológicos, demográficos y genéticos, calculándose que para el año 2025 el número de personas con DM se duplique, y que el 6,1% de la población mundial viva con DM. (Ledón Llanes, 2012)

El mejoramiento en el control de diabetes está vinculado a la calidad de vida y la supervivencia. Uno de los retos más importantes para la salud pública en el campo de la diabetes es vigilar la calidad de atención con la intención de introducir medidas para asegurar mejores resultados logrando reducir la mortalidad por complicaciones y reducir costo de inversiones innecesario para tratar las nefropatías, retinopatías, neuropatías y otras derivadas de la diabetes en tan corto tiempo de padecimiento y en la gran mayoría de la población que la padece.

Observar el comportamiento de los pacientes con DM tipo 2 y sus complicaciones al llegar a la atención de las unidades asistencia del primer y segundo nivel condiciona la necesidad de saber; cuanto saben sobre dicha enfermedad, que acciones realizan para sobrevivir concomitando con este padecimiento que es para toda la vida. La DM tipo2 que se una enfermedad silenciosa de su desarrollo y deterioro del individuo sin intervenciones

que mejore el conocimiento o sensibilice sobre los cuidados necesario genera que en cualquier momento las cifras de morbimortalidad continúen en ascenso.

Una vez realizado este se podrá tener una visión de las condiciones necesaria que ayude a generar elementos de intervención relacionado a mejorar los conocimientos, actitudes y práctica para el individuo que padece de diabetes, que inclusive, las recomendaciones que se genere pudiera ser utilizadas a nivel nacional por otras instituciones prestadores de servicio de salud, y se espera que en el centro de salud Jorge Sinfonso Bravo el personal asistencia pueda involucrarse en todas las acciones de información, comunicación y educación en cambios de estilo de vida saludable que mejore la condición de la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2.

II. ANTECEDENTES

A nivel internacional

Quezada y Zhunio, 2011. Determinaron el conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a la Fundación DONUM, de la ciudad de Cuenca Ecuador en el 2011. Fue 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.

La enfermedad tiene mayor incidencia en el sexo femenino, se presenta en edades de 40 a 50 años, es una enfermedad crónica degenerativa que deteriora su calidad y expectativa de vida. 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. En conclusión, 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. (Quezada Tenezaca & Zhunio Carchipulla, 2011).

Rodriguez y Puchulo, 2015. Con el objetivo de establecer el nivel de los conocimientos sobre la diabetes mellitus y el riesgo de desarrollar la enfermedad, se realizó una encuesta poblacional en 9 provincias de Argentina, en el 2012. El estudio fue de tipo transversal, basado en la población general e incluyó varones y mujeres con edad entre 18 y 70 años, pertenecientes a todos los niveles socioeconómicos.

Los resultados revelaron que el 30.5% de los encuestados sin diabetes mellitus presentaba riesgo de desarrollar la enfermedad. El 59.0% de los encuestados presentaba índice de masa corporal $\geq 25\text{kg/m}^2$. El 49% no realizaba un mínimo de 30 minutos de actividad física diaria. Solo el 34.0% de la población consumía frutas y vegetales todos los días. El 98% de los encuestados había escuchado alguna vez sobre diabetes y el 67% la refirió como una enfermedad grave o muy grave. (Rodriguez & Puchulo, 2015).

Prado, 2015. Determino la relación entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diabéticos del hospital III, Yanahuara Arequipa Perú. A través de un estudio observacional, prospectivo y transversal, según el propósito estadístico es de asociación sin relación de dependencia. La población de estudio estuvo constituida por 100 pacientes diabéticos, que acudieron al consultorio externo del servicio de endocrinología, durante el mes de enero.

Encontrando como resultados que el 52% de los participantes fueron de sexo femenino, el 57% tenían nivel de instrucción superior, el 85.0% eran casados, la edad promedio fue de 51 años y el tiempo de enfermedad promedio de 5.7 años. El 81.0% de la población tuvo conocimientos adecuados, el 57% actitud positiva frente a la diabetes y el 81% buenas prácticas. Los pacientes que tenían conocimientos adecuados e intermedios presentaron una actitud positiva hacia la enfermedad, en el 59.3% y el 60% de los casos respectivamente, sin embargo, aquellos que poseían conocimientos no adecuados tenían una actitud negativa en el 100%.

Así mismo el 96.3% de los que tenían conocimientos adecuados, presentaron buenas prácticas, mientras que los que poseían conocimientos intermedios y no adecuados presentaron regulares prácticas en un 80% y 75% respectivamente. Finalmente, los pacientes que presentaron buenas y regulares prácticas tenían actitud positiva en un 59.3% y 50.0% respectivamente, sin embargo, los que realizaban malas prácticas, presentaron actitud negativa en el 100%. (Prado Montoya, 2015).

Rico, et, al. 2018. Efectuaron un estudio observacional, transversal y descriptivo de pacientes que acuden a los diferentes servicios del Centro de Salud Lomas de Casa Blanca (CSLCB) de Santiago de Querétaro, México. La población incluida en el estudio con una muestra 106 pacientes. Para evaluar estilos de vida, nivel de conocimientos y hemoglobina glicada. Se aplicó el instrumento Perfil Promotor de Salud II, (PPSII).

De los 106 sujetos de estudio, 82 fueron mujeres y 24 hombres, con una media de edad situada en 58.1 ± 12.5 años, en mujeres y 61.2 ± 9.1 años en hombres. En cuanto a la escolaridad, la secundaria es el nivel de estudios promedio en ambos sexos.

El estado civil de los usuarios es predominantemente casado con un 55.7%, seguido del viudo con un 17%, soltero 11.3%, unión libre 8.5% y divorciado 7.5%. Al relacionar las medias del estado civil y la hemoglobina glucosilada (HbA1c), el divorciado es quien presenta los niveles glicémicos más elevados, $8.2 \pm 2.0\%$ y el que presenta los niveles más bajos es el soltero, $7.5 \pm 1.7\%$.

El nivel de conocimiento, así como el perfil promotor de salud es regular para ambos sexos. La HbA1c se relaciona con el perfil de salud $r = .271$, no así con el nivel de conocimiento. Los pacientes con DM2 presentan HbA1c $X = 8.96$, los pacientes con DM2 y comorbilidades crónicas tienen HbA1c $X = 7.55$. (Rico Sánchez, Juárez Lira, Sánchez Perales, & Muñoz Alonso, 2018).

A nivel Nacional

Reyes y Rentería, 2013. Describieron las características generales, los conocimientos, actitudes y prácticas del tratamiento de pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados en las unidades de salud del municipio de San Pedro del Norte, Chinandega, durante marzo del 2013. Fue un estudio transversal, aplicado a los programas educativos en la población, a través de una encuesta CAP.

La mayoría de pacientes eran adultos entre 45-64 años de edad, hombres, con baja escolaridad, estado civil casado/acompañados, ocupaciones ama de casa y jornalero, de bajo ingreso, diabetes tipo 2 y con 5 años o más de estar en el componente de dispensarizados. La principal enfermedades asociada fue la hipertensión arterial y las principales complicaciones estuvieron relacionadas con: hiperglicemia, hipoglicemia, úlceras por pie diabético y retinopatía. El nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus fue considerado deficiente en 45%, bueno 23% y muy bueno 32%. Dos terceras partes de los pacientes diabéticos tuvieron un mayor número de actitudes positivas y solamente una tercera parte realizaban un mayor número de prácticas de auto-cuidado positivas. (Reyes Rivera & Rentería Ruiz, 2013).

López y Aburto, 2015. Realizaron 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 el estudio fue

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 DM tipo2.

Los resultados demostraron que el 45.8% 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 33.3%; la población de 41 – 50 años está representada en el 15.83%; los usuarios de 30 – 40 años conforman el 5.0%. 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. El mayor número de pacientes interrogados 54.1% está de acuerdo con que cuesta mucho mantenerse en forma y el 10 % no está de acuerdo ni en desacuerdo. (López Quiroz & Narvárez Aburto, 2015).

Mendieta y Zavala, 2016. Con 48 pacientes que padecían de Diabetes Mellitus tipo2, que asisten a la consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Santiago de Jinotepe, realizaron estudio observacional descriptivos de una muestra no probabilística por conveniencia, que investigo el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado con relación a esta enfermedad.

Los resultados demuestran que los pacientes encuestados se encontraban entre las edades de 51 – 60 años con un 37.5% (18), seguido del grupo etario de 41 – 50 años con un 22.9% (11), En cuanto al nivel académico que tenían estos pacientes era primaria con un 60.4% (29), secundaria 33.3% (16) y alfabetizado 6.3% (3). La mayoría de los encuestados poseían regular conocimiento con un 89.6% (43), De los 48 encuestados, el 60.4% (29) tenían una actitud favorable con respecto a su autocuidado. El 43.8% tenía una regular práctica de autocuidado con relación a su enfermedad, en cambio un 39.6% (19) tenía una buena práctica. (Mendieta Rodríguez & Zavala Parrales, 2016)

A nivel local en Granada.

Aunque tiene más de 10 años es importante mencionar, que no hay estudio de este tipo que se haya realizado en el Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo de Granada y es importante mencionar que;

Escorcía 2006. En esta unidad asistencial realizó estudio sobre diabetes, para demostrar el nivel de conocimiento y autocuidado en pacientes que acuden a consulta externa. Fue un estudio descriptivo de corte transversal que permitió identificar a través de un cuestionario de pregunta de Autoconcepto y Autoestima de Callista Roy para lograr el nivel de adaptación a la enfermedad que tuvieron esta población estudiada.

Los resultados demuestran: que el conocimiento de los aspectos básicos de la Diabetes Mellitus según Las características generales de la población, predominó un buen conocimiento en el 73.6% de los hombres y 70.3% de las mujeres. Al comparar el nivel de conocimiento con el nivel de adaptación como una forma de valorar el autoconcepto el 80.9% de los que señalaron tener un nivel de adaptación integrado tenían un buen nivel de conocimiento. Mientras que el 88.2% que tiene un nivel regular de conocimiento presentaron un nivel de adaptación compensatorio, también se observa que los que tienen un nivel de conocimiento malo el 100% tienen el mismo nivel. (Escorcía , 2006).

III. JUSTIFICACIÓN

Cuando el sujeto no es capaz de poner en marcha recursos psicológicos adecuados, aparecen alteraciones de tipo psicopatológico que influyen de manera muy negativa en la evolución de la enfermedad. Poder reconocer los indicadores de mala adaptación es una necesidad de todos los profesionales, de esta forma se podrá garantizar mejorar la buena evolución de la enfermedad y la calidad de vida del paciente. (Díaz Digón , 2007).

La atención y la educación de diabetes se encuentran entre los aspectos más importantes en la lucha contra esta enfermedad. El mejoramiento en el control de diabetes está vinculado para mejorar la calidad de vida y de supervivencia.

Es necesario realizar un acercamiento profundo a la vida de las personas con diabetes mellitus, para llegar a conocer su experiencia como enfermos crónicos y rescatar de ello elementos que pueden permitir desarrollar una mejor atención y prevención para los pacientes que cursan con DM. El considerar la realización de este tipo de investigación, destaca la experiencia vivida desde adentro de cada persona, elementos que están ausentes en algunos de los estudios tradicionales, como el saber que sienten como se relaciona con lo que conoce y como actúa en relación con sus dolencias y la convivencia de su entorno.

Descifrar a través de indicadores que ya se han analizados en otros estudios sobre el conocimiento actitud y práctica permitirá de manera específica identificar debilidades y aciertos, los primeros a superar y los segundos, a continuar realizándolo cada vez mejor. Lograr intervenir y mejorar la calidad de vida de los pacientes que acuden al servicio de consulta de seguimiento del Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo es la razón principal de ser de este estudio. Se pretende dar a conocer recomendaciones de los resultados que se encuentren que incluya en estrategia para impedir el abandono de los pacientes dispensarizado y evitar mayores daños y así la calidad de vida de paciente.

IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, como consecuencias de su mal control más del 80% mueren y esto ocurren más en países subdesarrollados; además se prevé que las muertes por diabetes se duplicasen entre 2005 hasta 2030.

Durante el año 2018 en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, las complicaciones relacionadas a la diabetes como pie diabético, cetoacidosis y descompensaciones acompañadas con otras patologías ocuparon el primer lugar entre las diez primeras causa de morbilidad que ingresaron. En el centro de salud Jorge Sinfaroso Bravo hay 165 paciente en seguimiento cifras que se han mantenidos en los últimos diez años, pero no por los mismos miembros, sino solo el 20% de ese entonces. Continuamente hay un 70.0% que cumple mensualmente su asistencia de seguimiento. (MINSA - Nicaragua. Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo, 2019).

Hay una proporción de los pacientes complicados que han acudidos a la unidad hospitalaria son algunos de los inasistentes a la consulta de seguimiento y control, pacientes que no cumplen y son los principales registros de morbi – mortalidad por esta patología a nivel del hospital.

Aunque también se puede mencionar que hay debilidades relacionadas a las intervenciones de equipo de salud que atienden en estos pacientes en el sentido de fomentar su seguimiento y el cumplimiento a cabalidad de las recomendaciones, para el cuidado de las complicaciones, que ya son bien conocidas que sucede en el paciente diabético. El conocimiento, la actitud y practica en estos pacientes vienen a ser marcadores que de manera indirecta que se pueden evaluar los procesos de intervenciones del equipo de salud. De ahí que suele ser importante saber;

¿Qué conocimiento, actitudes y práctica sobre diabetes mellitus tipo 2 tiene los pacientes que acuden al centro de salud Jorge Sinfaroso Bravo de Granada en el periodo del primer semestre 2019?

V. OBJETIVO

Objetivo General

Describir el conocimiento, actitudes y práctica sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes que acuden al centro de salud Jorge Sinfaroso Bravo de Granada en el periodo del primer semestre 2019.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a la población incluida en el estudio.
2. Identificar la información que tienen los pacientes sobre la diabetes mellitus.
3. Valorar el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus que tienen los pacientes.
4. Determinar el grado de actitud sobre el padecimiento de Diabetes Mellitus de los pacientes.
5. Corroborar la práctica de los pacientes con Diabetes Mellitus según nivel de conocimiento y actitud.

VI. MARCO TEÓRICO

La American Diabetes Association (ADA), define la Diabetes Mellitus (DM) como un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia resultante de los defectos de la secreción, la acción de la insulina, o ambas con grados variables de resistencia tisular a la hormona.

○ Clasificación etiológica de la DM

La clasificación de la DM contempla cuatro grupos:

- Diabetes tipo 1 (DM1)
- Diabetes tipo 2 (DM2)
- Otros tipos específicos de diabetes
- Diabetes gestacional (DMG).

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 dependientes 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:

A. Autoinmune

B. 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 aumentada en niños y adolescentes obesos. Desde el punto de vista fisiopatológico, la DM2 se puede subdividir en:

A. Predominantemente insulinoresistente con deficiencia relativa de insulina

B. Predominantemente con un defecto secretor de la insulina con o sin resistencia a la insulina.

El tercer grupo lo conforma un número considerable de patologías específicas que se enumeran a continuación:

- Defectos genéticos de la función de la célula beta: Defectos del cromosoma 20, HNF-4alfa (antes MODY 1), del cromosoma 7, glucoquinasa (antes MODY 2), del cromosoma 12, HNF-1alfa (antes MODY 3), del DNA mitocondrial y otros
- Defectos genéticos en la acción de la insulina: Resistencia a la insulina tipo A, leprechaunismo, síndrome de Rabson-Mendenhall, diabetes lipoatrófica y otros.
- Enfermedades del páncreas exocrino: Pancreatitis, trauma del páncreas, pancreatocistomía, neoplasia del páncreas, fibrosis quística, hemocromatosis, pancreatopatía fibrocalculosa y otros.

- Endocrinopatías: Acromegalia, síndrome de Cushing, glucagonoma, feocromocitoma, hipertiroidismo, somatostinoma, aldosteronoma y otros.
- Inducida por drogas o químicos: Vacor, pentamidina, ácido nicotínico, glucocorticoides, hormonas tiroideas, diazóxido, agonistas betaadrenérgicos, tiazidas, fenitoína, alfa-interferón y otros.
- Infecciones: Rubéola congénita, citomegalovirus y otros.
- Formas poco comunes de diabetes mediada inmunológicamente: Síndrome del "hombre rígido" ("stiff-man syndrome"), anticuerpos contra el receptor de la insulina y otros.
- Otros síndromes genéticos algunas veces asociados con diabetes: Síndrome de Down, síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner, síndrome de Wolfram, ataxia de Friedreich, corea de Huntington, síndrome de Lawrence Moon Beidel, distrofia miotónica, porfiria, síndrome de Prader Willi y otros.

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. (Asociación ALAD, 2013).

○ Epidemiología

1. El número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014.
2. La prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014.
3. La prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos.
4. La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores.

5. Se estima que en 2015 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes. Otros 2,2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia en 2012
6. Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. (OMS, 2018).
7. Doce países latinoamericanos tienen una prevalencia mayor al valor promedio mundial (8.3%)
8. Nicaragua tiene una prevalencia de 11.58% según el total de la población adulta. Con cifras de 309.520 personas afectadas entre los 20 a 79 años de estos se reporta fallecidos en el año 3001 casos.
9. El número de personas con diabetes no diagnosticada 142.290 personas. (Asociación ALAD, 2013)

- Etapas de la DM

La DM se entiende como un proceso de etiologías variadas que comparten manifestaciones clínicas comunes. La posibilidad de identificar la etapa en la que se encuentra la persona con DM facilita las estrategias de manejo. Estas etapas son:

A. Normoglucemia. Cuando los niveles de glucemia son normales pero los procesos fisiopatológicos que conducen a DM ya han comenzado e inclusive pueden ser reconocidos en algunos casos. Incluye aquellas personas con alteración potencial o previa de la tolerancia a la glucosa.

B. Hiperglucemia. Cuando los niveles de glucemia superan el límite normal. Esta etapa se subdivide en:

a. Regulación alterada de la glucosa (incluye la glucemia de ayuno alterada y la intolerancia a la glucosa)

b. Diabetes mellitus, que a su vez se subdivide en:

i. DM no insulino-requiriente

ii. DM insulino-requiriente para lograr control metabólico

iii. DM insulino-requiriente para sobrevivir (verdadera DM insulino-dependiente)

Una vez identificada la etapa, la persona puede o no progresar a la siguiente o aun retroceder a la anterior. Por el momento no se dispone de marcadores específicos y sensibles para detectar la DM2 y la DMG en la etapa de normogluemia.

La detección de DM1 en esta etapa se basa en la combinación de análisis genéticos e inmunológicos que todavía se restringen al nivel de investigación clínica. Las etapas que le siguen se refieren al estado de hipergluemia que se define con base en los criterios diagnósticos de DM.

La distinción del paciente no insulino-requiriente (NIR), insulino-requiriente para control (IRC) e insulino-requiriente para sobrevivir (IRS) se basa en la apreciación clínica, aunque existen algunos indicadores de falla de la célula beta como la falta de respuesta del péptido de conexión (péptido C) a diferentes estímulos. (PAHO, 2009).

- Prevención de la diabetes mellitus tipo 2

La prevención de la diabetes y sus complicaciones implica un conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o progresión. Esta prevención se puede realizar en tres niveles:

Prevención primaria.

Tiene como objetivo evitar la enfermedad. En la práctica es toda actividad que tenga lugar antes de la manifestación de la enfermedad con el propósito específico de prevenir su aparición. Se proponen dos tipos de estrategias de intervención primaria:

1. En la población general para evitar y controlar el establecimiento del síndrome metabólico como factor de riesgo tanto de diabetes como de enfermedad cardiovascular. Varios factores de riesgo cardiovascular son potencialmente modificables tales como obesidad, sedentarismo, dislipidemia, hipertensión arterial, tabaquismo y nutrición inapropiada. Puesto que la probabilidad de beneficio individual a corto plazo es limitada, es necesario que las medidas poblacionales de prevención sean efectivas a largo plazo. Las acciones de prevención primaria deben ejecutarse no sólo a través de actividades médicas,

sino también con la participación y compromiso de la comunidad y autoridades sanitarias, utilizando los medios de comunicación masivos existentes en cada región (radio, prensa, TV, etcétera).

2. En la población que tiene un alto riesgo de padecer diabetes para evitar la aparición de la enfermedad. Se proponen las siguientes acciones: Educación para la salud principalmente a través de folletos, revistas, boletines, etcétera. Prevención y corrección de la obesidad promoviendo el consumo de dietas con bajo contenido graso, azúcares refinados y alta proporción de fibra Precaución en la indicación de fármacos diabetogénicos como son los corticoides Estimulación de la actividad física.

Prevención secundaria.

Se hace principalmente para evitar las complicaciones, con énfasis en la detección temprana de la diabetes como estrategia de prevención a este nivel. Tiene como objetivos: Procurar la remisión de la enfermedad, cuando ello sea posible. Prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas. Retardar la progresión de la enfermedad. Las acciones se fundamentan en el control metabólico óptimo de la diabetes.

Prevención terciaria.

Está dirigida a evitar la discapacidad funcional y social y a rehabilitar al paciente discapacitado. Tiene como objetivos: Detener o retardar la progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad. Evitar la discapacidad del paciente causada por etapas terminales de las complicaciones como insuficiencia renal, ceguera, amputación, etcétera. Impedir la mortalidad temprana Las acciones requieren la participación de profesionales especializados en las diferentes complicaciones de la diabetes. (PAHO, 2009).

○ Factores de Riesgo.

Se definen como factores de riesgo para la Diabetes tipo 2

1. Historia familiar de diabetes en primer grado de consanguinidad.
2. Sedentarismo.

3. Grupos étnicos/razas de riesgo: afroamericanos, latinos, nativos americanos, asio americanos, islas pacífico.
 4. Procedencia rural y urbanización reciente.
 5. Historia de diabetes gestacional, o productos macrosómicos (> de 9 lbs).
 6. Hipertensión arterial (TA \geq 140/90 mmHg) o tratamiento antihipertensivo.
 7. Triglicéridos mayor o igual de 250 mg/dL y/o HDL menor de 35 mg/dL.
 8. Antecedentes personales de A1C \geq 5.7%, Intolerancia a la glucosa o glucosa de ayuna alterada.
 9. Presencia de criterios de resistencia a la insulina: de acantosis nigricans, circunferencia abdominal para hombres >90 cms y para mujeres >80 cms.
 10. Síndrome de ovarios poliquísticos.
 11. Presencia de enfermedad coronaria.
 12. Enfermedad psiquiátricas: pacientes que reciban antipsicóticos para esquizofrenia y desordenes bipolares severos.
 13. En ausencia de todos los factores de riesgo anteriores la búsqueda de diabetes deberá iniciarse a los 45 años. (MINSA - Nicaragua , 2011).
- o Diagnósticos y Tratamiento.

La toma de la glucemia es el método utilizado para la detección temprana de la Diabetes en los diferentes grupos de población.

Glucemia plasmática en ayunas igual o mayor de 126mg/dl (>7 mmol\L) en más de dos ocasiones. Ayuno se define como un periodo sin ingesta calórica por lo menos de 8 horas y máximo de 12 horas.

Glucemia 2 horas postprandial igual o mayor de 200mg/dl (11.1mmol\L) durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral. La prueba deberá practicarse según los criterios de la OMS usando una carga de glucosa equivalente a 75gr o 1.75 gramos x kg de peso de glucosa anhidra disuelta en agua.

Glucemia > de 200 mg\dl (11.1mmol/l) a cualquier hora del día con presencia o ausencia de síntomas clásicos de la enfermedad como poliuria, polidipsia, pérdida de peso.

Se define como cualquier hora del día la glucemia realizada sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última comida.

En niños el debut de la diabetes generalmente es agudo, con síntomas muy marcados, por lo que una glucemia casual o de ayuno es suficiente para el diagnóstico; rara vez se requiere una prueba de tolerancia a la glucosa oral, en cuyo caso se administran 1.75 gramos de glucosa por kilogramo de peso sin exceder los 75 gramos.

Es importante tener en cuenta el concepto de HA (hiperglicemia de ayuno o glucemia de ayuno alterada) y de IHC (Intolerancia a los hidratos de carbono) ya que estas pueden preceder al desarrollo de la diabetes manifiesta y deben ser manejadas con un criterio preventivo. La glucemia en ayunas mayor de 110mg% y menor de 126 mg% se considera como HA; al realizar la Curva de Tolerancia la Glucosa Oral (CTG) con 75 gramos si la glucemia es mayor de 140mg% pero menor de 200 mg% se considera como IHC. (American Diabetes Association, 2019).

Tratamiento.

Si las personas evaluadas se clasifican como euglicémicas (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 hipoglicemiantes orales).

A. Educación sobre la enfermedad

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

B. Cambios en el Estilo de Vida en Pre-diabetes y Diabetes mellitus Tipo 1 y 2: Debe considerarse la piedra angular para disminuir el riesgo de progresión de la enfermedad y disminuir el riesgo de enfermedad macrovascular y microvascular. Las modificaciones en los

estilos de vida se recomiendan para todas las edades, pero la prescripción debe hacerse con bases individuales.

Las probabilidades de éxito se aumentan con: automonitoreo del paciente, incrementos de metas realistas, apoyo social y familiar, reforzamiento adecuado.

1. Abandono de tabaco

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

3. Actividad Física: Se recomienda un programa de actividad física de 30-60 minutos al día al menos 5 días a la semana. (Ver en Anexo: ejemplos de actividades físicas).

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

C. Tratamiento farmacológico en el paciente ambulatorio con prediabetes y diabetes mellitus Tipo 1 y 2:

1. Prediabetes:

En este acápite se establece el tratamiento para adulto, en los casos pediátricos se deberá remitir al especialista. El tratamiento farmacológico incluye el manejo agresivo de los factores de riesgos cardiovasculares y para la complicaciones microvasculares (ejemplo: HTA, dislipidemia, obesidad, etc), así como el tratamiento de la hiperglucemia.

Hiperglucemia: además de los cambios en los estilos de vida el uso de fármacos hipoglucemiantes debe considerarse en los siguientes pacientes:

El tratamiento inicial de todo paciente diabético está dirigido a la obtención de un óptimo nivel educativo que le permita tener los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo un buen control metabólico de la enfermedad dirigido a la prevención de las

complicaciones agudas y crónicas dentro de los mejores parámetros de calidad de vida posibles.

- Combinación de alteración en la glucosa de ayuno (100-125 mg/dL) e intolerancia a la glucosa (140-199 mg/dL) y/o síndrome metabólico.

- Empeoramiento de la hiperglucemia, enfermedad cardiovascular, esteatosis hepática de origen no alcohólica, síndrome de ovarios poliquísticos e historia de diabetes gestacional. Por los resultados obtenidos en estudios de prevención de DM tipo 2 y su perfil de seguridad se pueden utilizar:

- Metformina en dosis crecientes hasta 500 mg tres veces al día con el primer bocado de las comidas²² o 850 mg dos veces al día.

Otras terapias farmacológicas que se utilizan para el tratamiento de la Prediabetes Acarbosea iniciar con 25 mg con la cena e ir aumentando la dosis hasta alcanzar 100 mg con cada comida para un total de 300 mg día.

2. Diabetes Mellitus:

Los objetivos generales del tratamiento de la diabetes son:

- Mejorar la utilización de la glucosa en los tejidos.
- Normalizar al máximo posible la glucemia (70-115 mg/dL en ayunas) con el fin de prevenir o disminuir las complicaciones a largo plazo y reducir la morbimortalidad asociada.
- Mejorar los síntomas y evitar los episodios de hipoglucemia.
- Mantener la calidad de vida del paciente mediante una atención integral.

Esquemas de Insulinas para Adulto

Primera alternativa: Esquema de 2 dosis: inyección subcutánea de insulina NPH antes del desayuno (2/3 de la dosis total de insulina) y luego a las 9-11 pm (1/3 de la dosis total de insulina).

Otros esquemas: Esquema de 1 sola dosis: inyección subcutánea de insulina NPH que puede combinarse o no con insulina rápida en una dosis matutina (am) o nocturna (9 pm) subcutánea. También es posible utilizar una sola dosis de insulina de acción prolongada (Glargina y Detemir). Los análogos de acción prolongada NO DEBEN combinarse con los de acción corta o rápida.

Esquema de 3 dosis: inyección subcutánea de insulina NPH + insulina rápida ½ hora antes del desayuno, insulina rápida ½ hora antes de la cena e insulina NPH a las 9-11 pm (subcutánea).

Esquema de 4 dosis: inyección subcutánea de insulina NPH + insulina rápida ½ hora antes del desayuno, insulina rápida ½ hora antes del almuerzo, insulina rápida ½ hora antes de la cena e insulina NPH entre las 9-11 pm.

Consideraciones para la distribución de las dosis de insulina en adulto – Cuando es necesario usar dos dosis de insulina, estas deben repartirse en tercios: 2/3 de la dosis total en la mañana y 1/3 por la noche.

- La dosis total de insulina se puede dividir en componente basal (60%) y prandial (40%).
- El componente basal (insulina NPH, lenta o de acción prolongada) debe ser de 35%- 50% de la dosis total de insulina.
- El componente prandial (insulina rápida) debe distribuirse de la siguiente forma: desayuno 20-25% de la dosis total, almuerzo 10-15%, cena 15-20% y hora sueño 3- 5% de la dosis total.
- Los ajustes deben hacerse de acuerdo con el monitoreo de la glucemia del paciente, no deben ser mayores de 10%-20% de la dosis total, el intervalo debe ser cada dos o tres días.

- Los ajustes de insulina NPH y de acción prolongada se harán en base a las concentraciones de glucosa de ayuno y los de acción rápida y ultra rápida se harán en base a los resultados del monitoreo de glucosa 2 horas postprandial.

Diabetes mellitus de tipo 2:

El tratamiento de la DM tipo 2 es variable y depende fundamentalmente del grado de insuficiencia de la insulina endógena. La deficiencia absoluta de insulina no suele ser tan grave como para alterar la demanda basal de insulina (excepto en la diabetes secundaria a enfermedad pancreática grave o en la pancreatectomía casi total); por eso, estos pacientes muestran resistencia a la cetoacidosis, salvo cuando se añade un estrés muy intenso. La glucemia plasmática en ayunas representa un indicador aproximado del grado de insuficiencia insulínica. Los pacientes con DM tipo 2 y de otra naturaleza son más vulnerables a las complicaciones crónicas que se relacionan con la duración y la gravedad de la hiperglucemia.

2. Insulina: Hay ocasiones en que se requiere administrar insulina a pacientes con DM tipo 2; su uso está indicada en:

- Terapia inicial de hiperglucemias graves.
- Después de la falta de respuesta a hipoglucemiantes orales.
- Reacciones adversas a los hipoglucemiantes orales.
- Durante el período perioperatorio.
- Estados agudos de hiperglucemia (ejemplo: infecciones severas, complicaciones agudas).
- Complicaciones crónicas severas.
- Embarazo y período preconcepcional.

Ajuste de Insulina NPH de acuerdo con las concentraciones de Glucosa

Iniciar con 10 U día y titular semanalmente de la siguiente manera

Glucosa en ayuna promedio de dos días previos (automonitoreo)

Incremento en la dosis de insulina (UI/día)

≥ 180 mg/dL aplicar 8 UI

140-179 mg/dL Aplicar 6 UI

120-139 mg/dL Aplicar 4 UI

110-119 mg/dL Aplicar 2 UI

Tratar de alcanzar glucemia < 100 mg/Dl. (MINSA - Nicaragua , 2011).

- Complicaciones de diabetes mellitus

1. Complicaciones agudas

Estas son de dos tipos:

- a) Propias de la enfermedad. Son de naturaleza metabólica, potencialmente reversibles, aunque pueden llevar al óbito. Comprenden la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperosmolar no cetósico.

- b) No exclusivas que abarcan el síndrome de hipoglucemia (en relación con la medicación antidiabética), la acidosis láctica (instalada en diabéticos con complicaciones crónicas que favorecen su aparición) y los accidentes vasculares encefálicos (desarrollados en pacientes con macroangiopatía diabética previa).

2. Complicaciones crónicas. Estas son:

- a) Neuropatía.

Las neuropatías diabéticas son un grupo heterogéneo, afectan diferentes partes del sistema nervioso y se presentan con diversas manifestaciones clínicas. Pueden ser manifestaciones clínicas focales (un solo sitio) o difusas.

- b) Enfermedad vascular periférica.

Es un trastorno de la circulación lento y progresivo. Incluye todas las enfermedades en cualquiera de los vasos sanguíneos fuera del corazón y las enfermedades de los vasos linfáticos (las arterias, las venas o los vasos linfáticos). Los órganos que reciben el suministro de sangre a través de estos vasos, como el cerebro, el corazón y las piernas, pueden dejar de recibir un flujo sanguíneo adecuado para su funcionamiento normal. Pero las piernas y los pies son las partes más frecuentemente afectadas, de ahí su nombre: enfermedad vascular periférica.

c) Pie diabético.

La OMS define el síndrome de pie diabético como la ulceración, infección y/o gangrena del pie, asociados a neuropatía diabética y a diferentes grados de enfermedad arterial periférica. /Se estima que el 15% de los pacientes diabéticos desarrollarán una úlcera en la extremidad inferior durante el curso de su enfermedad. Varios estudios poblacionales indican una incidencia acumulativa anual de úlceras de pie en diabéticos en 0.5% a 3% y la prevalencia se calcula en un 2% a 10%. /FOOT DISORDERS La neuropatía periférica, las deformidades óseas, el mal control glicémico, la duración de la diabetes y ser del sexo femenino son algunos de los factores contribuyentes para la formación de las úlceras del pie diabético. Su trascendencia está dada por el elevado porcentaje de amputaciones que implican. La diabetes continúa siendo la causa subyacente más frecuente de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores en países de Europa y EE. UU, aportando hasta el 60% de las mismas.

Cuando un enfermo diabético desarrolla una úlcera en el pie, ésta tiene en principio limitadas probabilidades de cicatrizar con facilidad; más de infectarse y que esta infección difunda y que, con relativa facilidad, conduzca a una gangrena que suponga finalmente la amputación. Infección del pie diabético: El desarrollo de infecciones es multifactorial. A la predisposición de los enfermos diabéticos a desarrollar úlceras de causa neuropática y a la propia macroangiopática, se asocia, como consecuencia de las alteraciones metabólicas, la alteración de la flora microbiana de origen endógeno y el descenso en la eficacia de los mecanismos de resistencia a la infección.

d) Retinopatía.

Complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo del ojo. El daño de los vasos sanguíneos de la retina puede tener como resultado que estos sufran una fuga de fluido o sangre. Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina, la imagen enviada al cerebro se hace borrosa. (Alonso Fernández, y otros, 2015).

Enfermedad y Sociedad.

Una de las formas de aproximación a esta visión la constituye el estudio de las representaciones sociales. Estas son entendidas como los conocimientos específicos, los saberes del sentido común, que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal.

Las concepciones sobre la salud y la enfermedad en general sobre algún tipo de padecimiento específico, como es el caso de un padecimiento crónico; condicionan los significados, la interpretación de sensaciones y la percepción de los cambios y potencialidades corporales que la persona tendrá. Además, las representaciones sociales sobre los padecimientos deben estar necesariamente referidas a la estructura social, debido a que están marcadas por las condiciones y el contexto en el cual emergen. Así mismo, por las comunicaciones a través de las cuales circulan, y por las funciones que cumplen en la interacción con el mundo y con los demás. Lo anterior lleva a considerar tres condicionantes de las representaciones sociales: el contexto estructural de los actores sociales, el género de pertenencia y las fuentes de información sobre las cuales se conformará el tipo de representación.

La diabetes mellitus se representa, como el "tener azúcar", "lo que enferma la sangre para toda la vida". Se hace referencia, además, a la condición de la sangre como "contaminada de azúcar, sangre pesada, sangre infectada o enferma". La sangre en estas condiciones es un vehículo de trastornos a la salud, que en su paso por el cuerpo va afectando órganos y capacidades del organismo por entero. En la representación social de la diabetes mellitus existe una multiplicidad de factores, los cuales muestran una perspectiva global del

padecimiento desde el punto de vista de los enfermos. Se presenta a la enfermedad como algo que está implicado en la totalidad de su persona, en sus relaciones familiares, laborales y sociales.

De la misma forma la representación social de los efectos presenta una visión global del padecimiento. Los ámbitos afectados son múltiples: en la familia, lo laboral, lo económico, social y emocional. En la representación social sobre el control del padecimiento confluyen elementos de tipo espiritual, físico, emocional, laboral, social, tratamiento médico y no médico principalmente a través de los remedios. Por último, la prevención tiene que ver con el control o eliminación de factores causales. Entre éstos se destacan el control de la dieta y el peso corporal. Otros factores causales de la diabetes mellitus, como las emociones negativas y la decisión de Dios, no son considerados evitables, pero sí controlables. Mientras que los factores causales de herencia y el ambiente social no pueden ser evitados ni controlados.

El contexto social y cultural matiza las representaciones sociales de la diabetes mellitus, así inmersas en su cotidianidad. Las personas desarrollan formas de conducta que ellos califican de positivas o negativas para su salud.

La idea de la "*incurabilidad*" de la diabetes mellitus, y la intervención de Dios o de un milagro es indispensable. Se considera que el estar "*controlado*" o sin manifestaciones atribuibles al padecimiento, puede equipararse al estar curado. Es como si al lograr este equilibrio, se tuviera un estado de armonía y tranquilidad similar a la curación.

La aceptación o rechazo de la enfermedad se maneja en un continuo, en uno de cuyos extremos se encuentra una situación de aceptación resignación y por el otro de un rechazo de tipo activo o pasivo. En el extremo de aceptación resignación se encuentra a las personas mayores y con más años de padecer diabetes mellitus. En el otro se tienen a personas más jóvenes, sobre todo en el caso de los hombres, quienes manifiestan un tipo de rechazo activo, mientras que el rechazo que manifiestan las mujeres es de tipo pasivo.

Las representaciones sociales de la causalidad diferenciadas de acuerdo con el género, tiene que ver con las condiciones de vida de las personas afectadas. Los hombres destacan

los aspectos de la vida social, específicamente los relacionados con el trabajo y situaciones inesperadas ocurridas en la vía pública. Perciben en general más efectos de la diabetes mellitus sobre su vida, tal vez porque llega a dificultar su desempeño en lo que respecta al trabajo, en su rol de proveedor de la familia o al aspecto físico de fortaleza. Manejaron una variedad amplia de tipos de cursos de la enfermedad, afectando más áreas de su vida.

Las representaciones sociales de las mujeres sobre causalidad se encuentran en relación con la vida doméstica, su entorno familiar y los problemas propios de este medio. Tiene una estrecha relación con el entorno inmediato de las personas, que de alguna forma establece las prioridades en cuanto a la forma en que éste llega a afectar la salud. Resaltan las esferas físicas y emocionales, pero mientras la enfermedad no afecte seriamente el aspecto físico, pueden continuar cubriendo las actividades comprendidas dentro de su rol social.

Las manifestaciones emocionales, son referidas en mayor medida por personas del sexo femenino. Lo que lleva a cuestionar, si las mujeres al atribuir dichas manifestaciones a la enfermedad pudieran tener una forma de ganancia secundaria al legitimar socialmente manifestaciones emocionales negativas o no aceptables en mujeres aparentemente sanas.

Las representaciones sociales sobre el futuro o proyecciones muestran una variedad de perspectivas. Las mujeres tienden hacia una visión más negativa, en cambio los hombres destacan más una visión positiva que incluye la imagen de lucha activa contra la enfermedad, a través de cuidados y por el apoyo de Dios. Las representaciones sociales anticipatorias o proyecciones de futuro tienen influencia en la forma de vida posterior de las personas, al punto de llegar al caso de cumplir la función de profecías de autocumplimiento. Así, algunas de las personas que indicaron que sólo estaban esperando la muerte, ya han muerto.

El papel de Dios, en la representación del padecimiento tiene un lugar destacado para las personas enfermas con diabetes mellitus, es considerado en las categorías de causalidad, control y curación. Se enfoca a la voluntad de Dios no como una causa directa del padecimiento, sino como una forma de indicar que; Él dejó que así sucedieran las cosas y ahora corresponde a ellos tomar un papel activo con relación a la atención de su enfermedad.

Sin embargo, algunas personas representan su padecimiento como una forma de castigo por excesos cometidos, lo cual deja entrever a la enfermedad como una consecuencia a las transgresiones.

La consideración del rol de Dios como un agente del control de la enfermedad, muestra diferencias de acuerdo con el sexo de las personas, ya que las mujeres presentan un papel de exigencia activa que se establece a través de los rezos y las peticiones específicas de ayuda. Mientras que la representación de los hombres es de un rol más pasivo, en el cual sólo basta tener fe y creer en Él para ser sujetos depositarios de ayuda. (Torres-López, Sandoval Díaz, & Pando Moreno, 2005)

- Características específicas de la diabetes que dificultan el proceso de adaptación

Diversas características y peculiaridades propias de la diabetes inherentes a su forma de aparición y al efecto social que suponen, hacen que el posible impacto psicológico de la enfermedad y la posterior adaptación puedan adquirir matices muy distintos.

La evidencia de sufrir la enfermedad se presenta súbitamente y es frecuente que el paciente se encuentre ante una enfermedad la existencia de la cual ni tan siquiera sospechaba. El estigma social que supone «ser un enfermo», sentirse diferente y ser tratado como tal, puede ser uno de los factores psicológicos más relevantes, especialmente en el caso de las personas más jóvenes.

Tras el diagnóstico, el paciente se encuentra con que su vida ha cambiado en numerosos aspectos, que ciertas rutinas a las que normalmente nadie presta atención son ahora para él o ella motivos de atención constante; que debe incorporar un complicado sistema de tratamiento en el cual sus principales componentes dieta, medicación, ejercicio no son fijos ni se mantienen en un programa constante, sino que dependen en gran parte de su propio control y consideración; y que debe vencer una cantidad importante de temores y preocupaciones (debe empezar a pincharse, debe afrontar la aparición de reacciones hipoglucémicas y se preocupa por el impacto de la enfermedad sobre sus planes futuros).

Simultáneamente debe aprender a comer de un modo distinto, adecuar su actividad física y a observar el funcionamiento de su organismo a través de las señales de su cuerpo. Y lo que es más importante, debe aprender a tomar decisiones «sobre la marcha», combinando todos los elementos y las habilidades que haya aprendido en el curso de educación diabetológica en que se le ha formado sobre las posibilidades y limitaciones de la nueva realidad.

Además, la diabetes también supone cambios importantes en otros ámbitos de la vida del paciente:

- Cambios profesionales: desde la perspectiva laboral, algunos trabajos se pueden considerar incompatibles con la enfermedad. La mayoría de las personas sienten el dilema de si deben informar o no de su condición de diabético. Cuestionan los riesgos potenciales de esta información.

- Cambios familiares: la diabetes también afecta la vida familiar. Cuando un niño recibe el diagnóstico de diabetes, la reacción de la mayoría de los padres tiende a la sobreprotección. Algunos adultos, de forma inconsciente o consciente, manipulan a su familia para conseguir ventajas como resultado de su enfermedad. En el caso de los maridos o las esposas, pueden no aceptar la diabetes de su pareja, o, por el contrario, asumir el rol de guardianes controlando y prohibiendo constantemente.

- Cambios sociales: las restricciones causadas principalmente por los horarios o la alimentación, la incomodidad de pincharse la insulina fuera de casa o el miedo a tener una hipoglucemia en público, son problemas que con frecuencia las personas diabéticas deben afrontar en su vida social. En general, la población tiene poco o ningún conocimiento de este tipo de reacciones y como consecuencia se puede provocar situaciones delicadas que pueden afectar las relaciones sociales y de convivencia de los diabéticos.

- Cambios económicos: a pesar de la fortuna que supone vivir en un país donde la atención sanitaria es gratuita y universal, hay gastos que las personas con diabetes tienen que asumir, aunque sea parcialmente, como son los derivados del uso de fármacos, las tiras reactivas, el aparato para la glucemia capilar, las lancetas, los zapatos, las plantillas, etc.

También las cuotas de los seguros de orden privado pueden aumentarse, o es posible que estas entidades simplemente no acepten al cliente si especifica su condición de diabético. (Díaz Digón , 2007)

Consecuencias psicológicas del fracaso adaptativo ante la diabetes

Todas las modificaciones que impone la diabetes en la vida de un individuo se producen de un modo muy rápido y requieren un gran esfuerzo de adaptación, es decir es preciso que la persona afectada y los que le rodean pongan en marcha los mecanismos psicológicos necesarios para acomodarse al nuevo contexto vital.

Aunque en términos generales la gran mayoría de las personas diabéticas se adapta a su nueva vida, en un número determinado de casos los mecanismos de adaptación fallan y el sujeto desarrolla algún tipo de problema psicológico durante el proceso: estos problemas pueden empeorar la evolución de la enfermedad, y la mala evolución de la enfermedad produce más problemas psicológicos, estableciéndose así un círculo vicioso.

Los problemas de índole psicológica que podemos observar con más frecuencia cuando fallan los mecanismos de adaptación en el caso de la diabetes son los estados de ansiedad, los estados depresivos y los trastornos de la conducta alimentaria

La ansiedad provoca con frecuencia que la enfermedad se convierta en una auténtica obsesión para el paciente, pasando a ser el centro de su vida y sacrificando por ella muchas otras cosas. El paciente se siente inseguro, tiene muchas dudas sobre cómo manejar la enfermedad, le cuesta tolerar la incertidumbre de algunas situaciones, necesita comprobar reiteradamente su estado y sus actos. Resumiendo, la persona se ve desbordada por la enfermedad, y cuanto más intenta controlarla, menos lo consigue.

Los estados depresivos

En algunos individuos los síntomas depresivos son la manifestación más importante de que el proceso de adaptación no se ha realizado correctamente. La depresión provoca que el paciente se sienta con menos fuerzas para afrontar su vida cotidiana, con todo lo que esto

comporta respecto al seguimiento de prescripciones médicas, dieta y otras formas de autocuidado.

Los trastornos de la conducta alimentaria

Estas alteraciones aparecen con cierta frecuencia cuando se inicia el tratamiento de la diabetes, y este hecho resulta inquietante dadas las complicaciones específicas que pueden generar debido a las conductas que ocasionan. No se olvida que la diabetes reúne unas características que pueden funcionar como factores que predispongan, desencadenen o mantengan alteraciones de la conducta alimentaria en personas vulnerables:

- Necesidad de controlar la dieta toda la vida
- Necesidad de controlar el peso
- Incremento de peso rápido al iniciar el tratamiento
- Presión de la familia en torno a la comida

En la población diabética, al igual que ocurre en la población general, los trastornos de la conducta alimentaria son mucho más prevalentes entre las mujeres jóvenes que entre los hombres. No obstante, y también en paralelo con la evolución que están teniendo estos trastornos en la población general, cada vez se detectan más casos entre los hombres jóvenes. (Diaz Digón , 2007)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. Tipo de estudio.

Observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal, con enfoque mixto.

7.2. Área del estudio.

El estudio se realizó en la consulta de dispensarizado del Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo que corresponde al sector norte del municipio de Granada. Este sector tiene 58% de la población del municipal, atendidos por equipos básico de salud a través del Modelos de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC) con 17 sectores. (MINSa - Nicaragua. Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo, 2019).

7.3. Universo.

Fueron todos los pacientes que padecen de Diabetes Mellitus Tipo, 2 diagnosticados y en seguimiento que según los registros a nivel municipal son 1452 adulto de los cuales 843 habitan en el sector norte y acuden al C/S Jorge Sinforoso Bravo, pero solo se tiene registro de 165 pacientes en seguimiento mensual con una frecuencia 10 - 15 paciente diario por este padecimiento. (MINSa - Nicaragua. Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo, 2019).

Muestra.

Fue no probabilística por conveniencia, según registro mensual se tenía como meta entrevistar en un mes a 160 pacientes, pero por diversos factores que inclusive la negativa del paciente, solo se logró realizar entrevista a 120 dispensarizados, es decir 75.0% de los programado.

Criterio de inclusión.

- Se incluyeron pacientes adultos que padecen de DM tipo 2.
- Se incluyó sin distinción de sexo, procedencia, religión, estado marital u ocupación.

- Que eran subsecuentes del programa de dispensarizados, aunque tuvieran otras patologías asociadas.
- Independientemente de los años que tenga de padecer la enfermedad.
- Incluyendo solo los que se encuentra de la lista seleccionada.
- Fueron incluidos lo que aceptaron dar su consentimiento informado para aceptar.

Criterio de exclusión.

- Todos los que no quisieron participar en el estudio, aunque después de explicarle e incluso llenar el consentimiento informaron desistieran de responder a las preguntas formuladas.
- También se excluyeron los que no cumplían los criterios de inclusión y lo que no fueran encontrados durante el periodo de estudio por inasistencia.

7.5. Técnica y procedimiento.

7.5.1. Fuente de Información.

Fue primaria, tomada de la misma unidad de análisis en este caso de la entrevista dirigida que se realizó a los pacientes con DM tipo 2, del programa que acudieron a cita de seguimiento o por problema relacionados a otra enfermedad.

7.5.2. Método e instrumento.

Para lograr los objetivos del estudio se utilizó un instrumento de recolección de la información que contiene datos sobre las características generales de los pacientes, elementos como se informan, contiene también indicadores para valorar el nivel de conocimiento, la actitud y práctica para prevenir complicaciones y para adaptarse y tratar su patología crónica.

Para determinar el nivel de conocimiento hay 15 preguntas formuladas en forma positiva que la respuesta es; nada, poco y suficiente la escala de puntaje va del 1 al 3 que es el máximo es decir con el índice sumatorio se obtendrá un intervalo de punto que va 1 a 45

puntos que posteriormente todos los que obtengan menos de 15 a 29 se mencionaba que tenían poco conocimiento de 30 a 39 regular conocimiento y 40 a 45 tenían suficiente conocimiento.

En el caso para valorar la actitud se utilizó prueba de Likert con la construcción de un instrumento de 15 pregunta con 5 opciones de respuesta que va de totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, duda, de acuerdo y totalmente de acuerdo.

Cuando las preguntas están afirmando un elemento positivo el mayor grado de acuerdo tendrá un valor de 5 y el menor grado será 1. En el caso de que las preguntas este formulada de manera negativa el mayor grado de desacuerdo tendrá un valor de 5 y el menor 1 punto.

El máximo para obtener era 75 punto y el mínimo 15 punto. Se tomó la media teórica que será la suma del mínimo valor y el máximo que corresponde a 90 puntos dividido entre 2 corresponde a 45 punto, es decir, todos los que estén por debajo de este valor su actitud es desfavorables a sobre llevar el padecimiento la diabetes y los que estén de 45 y más tendrán una actitud favorable. Es importante señalar que las preposiciones de las preguntas están formuladas para explorar la actitud afectiva cognoscitiva y conductual.

Con relación a la práctica hay 10 preguntas y el análisis de la mayoría es dicotómico según respuesta y en otras las alternativas de los que frecuentemente realizan para reducir y mantener el problema de diabetes mellitus tipo 2. Estas preposiciones se combinan con los niveles de conocimiento y actitud para valorar el acierto conductual del individuo estudiado.

7.5.3. Validación del instrumento

Este instrumento esta formulado de preguntas que han sido utilizadas en otros estudios similares y para validarlo se realizó prueba piloto que incluyo entrevistar a 20 personas que padecer de DM tipo2 de los mismo que se iban incluir en el estudio. Se evaluó las respuesta considerando el entendimiento de cada preposición y la consistencia para determinar lo que se espera medir a través de observa la posibilidad de responder que preguntas eran muy fácil o muy difícil.

La información se recolectó en 20 días hábiles por los mismos investigadores, realizando la entrevista en el momento de la atención a estos pacientes dispensarizados.

7.5.4. Procedimientos.

Para realizar este estudio se solicitó la autorización y colaboración por escrito a la dirección del centro de salud, a los pacientes que fueron incluidos, también se solicitó el consentimiento informado que se les daba a conocer con los objetivos del estudio.

Los instrumentos de recolección de la información fueron llenados por las mismas personas que participaron en el estudio, en los casos que no sabían leer ni escribir; las preguntas eran realizadas por los investigadores y escrita su respuesta. Posteriormente los instrumentos llenados se revisaron exhaustivamente para introducirlo posteriormente en base de datos electrónica.

7.6. Plan de análisis y tabulación

La información fue procesada electrónicamente a través del Programa Estadístico de Ciencias Sociales SPSS versión 21.0 para Windows.

Para el proceso del análisis global de los datos se estableció índice de frecuencia para todos los ítems y se construyeron índices sumatorios que permitieron identificar los niveles de conocimiento y actitud, posteriormente se correlacionaron entre sí y con la práctica, luego se. La información se presentará en tablas y gráficos, usando los programas; Word y Power point para Windows

7.7. Cruces de Variables.

1. Edad y sexo de los pacientes que acuden al C/S Jorge Sinforoso Bravo.
2. Sexo y tiempo de padecer DM de los pacientes que acuden al C/S Jorge Sinforoso Bravo.
3. Sexo y Promedio de Glicemia de los pacientes que acuden al C/S Jorge Sinforoso Bravo.

4. Nivel de Conocimiento sobre la Diabetes Mellitus según Edad y Sexo de los pacientes que acuden al C/S Jorge Sinforoso Bravo.
5. Grado de actitud sobre la Diabetes Mellitus según Edad y Sexo de los pacientes que acuden al C/S Jorge Sinforoso Bravo.
6. Nivel de conocimiento según Prácticas inadecuadas de los pacientes que acuden al C/S Jorge Sinforoso Bravo.
7. Grado de actitud según Prácticas inadecuadas de los pacientes que acuden al C/S Jorge Sinforoso Bravo.

7.8 Operacionalización de variable

Variable	Concepto	Indicador	Escala / Valor
Objetivo 1.			
Edad	Cantidad de años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento que fueron entrevistado para el estudio	Años según el entrevistado	35 a 40 41 a 50 51 a 60 61 a 70
Sexo	Expresión fenotípicas del individuo	Fenotípicamente el entrevistado	Masculino Femenino
Escolaridad	Nivel escolar alcanzado académicamente establecido según pensum académico en la nación. o el hecho de no haber estudiado	Nivel Académico según individuo	Primaria Secundaria incompleta Bachiller Universitario
Ocupación	Desempeño diario establecido por una persona que suele requerir esfuerzo físico o mental	Lo que realiza según el entrevistado	Ama de casa Comerciante CPF Jubilado Otras
Estado civil	Situación en que se encuentra una persona en relación con la convivencia con otra	Estado relacional según el entrevistado	Casado /a Soltero /a Unión Estable Divorciado /a Viudo /a
Procedencia	Lugar donde vive en las comunidades reconocida del	Barrio del sector norte de Granada	Domingazo Estación Islita

	sector norte del municipio de Granada y en relación con la urbanización		Bartolomé La atravesada Villa Sandino Comarcas del sector norte
Tiempo de Padecer de DM	La Cantidad en año desde que fue diagnosticado de DM por presentar niveles alto de Glicemia	Años de padecer	Urbano Rural 1 a 3 4 a 10 11 a 16 17 a 21 22 a 28
Promedio de niveles de Glicemia	Cantidad de e ultimas muestra glucosa sanguínea que se demuestra resultados de examen de laboratorio que mide la proporción en mg sobre dl.	Glicemia según el entrevistado	60 – 110 mg/dl 111 – 120 121 – 140 141 – 160 161 – 180 No sabe
Ultima Complicación	Es la manifestación de un estado descompensado de glicemia acompañada de las sintomatologías derivadas o la presencia de comorbilidades que contribuyo la DM tipo 2 en los últimos seis meses	Complicaciones según el entrevistado	Cetoacidosis IVU complicada Pie diabético Hipertensión Pielonefritis IRA Problemas Oculares
Hospitalización en los últimos 3 meses	La afirmación que el pacientes con diabetes en los 3 últimos meses estuvo ingresado por algún problema de salud en la unidad hospitalaria	Referido Según el entrevistado	SI NO
Objetivos 2.			
Información e informante	Cualidades que permite reconocer de donde se informa los pacientes para saber su enfermedad, la frecuencia y temas sobre la diabetes mellitus	Le han explicado sobre el padecimiento de DM Quien le explica sobre la DM	SI NO Familiar Compañero Amigos Personal de salud

		<p>Cantidad de información que le brindan</p> <p>La utilidad de la información para el paciente</p>	<p>Líder de la comunidad</p> <p>Poca Suficiente Mucha</p> <p>Útil para no enfermar Poco útil le sirvió en algunas cosas Nada útil no le sirvió del todo</p>
Objetivo 3.			
Nivel de conocimiento	La evidencia acumulada reflejada en porcentaje de algunos elementos básicos sobre DM tipo 2 que debe tener el pacientes que la padece	<p>1. Que conocimiento tienes sobre la diabetes y sus complicaciones</p> <p>2. Cuantos síntomas conoce que son a causa de la Diabetes</p> <p>3. Cuanto conoce sobre los niveles de azúcar que debe tener una persona con diabetes</p> <p>4. Conoce sobre las afecciones que causa en el cuerpo la diabetes</p> <p>5. Cuanto conoce sobre el origen de enfermar de diabetes en una persona</p> <p>6. Cuento sabe acerca que la diabetes causa catarata en los ojos</p> <p>7. Que conoce sobre las condiciones de vida que hace que se empeore la diabetes</p> <p>8. Cuenta con conocimiento que la diabetes afecta los</p>	<p>Nada Poco Suficiente</p> <p>Nada Poco Suficiente</p> <p>Nada Poco Suficiente</p>

		<p>nervios, el riñón, el corazón.</p> <p>9. Que conocimiento tiene acerca de los altos niveles de azúcar en sangre afecta la presión arterial</p> <p>10. Cuanto conoce que la alimentación de cualquier cosa contribuye al mal control de la azúcar.</p> <p>11. Cuanto conoce sobre las razones de venir a consultar cada mes a este centro de salud.</p> <p>12. Cuenta con conocimiento sobre cómo aplicarse la insulina para ayudarlo a tener los niveles de azúcar optimo</p> <p>13. Cuanto conoce sobre la metformina y glibenclamida para controlar la azúcar</p> <p>14. Cuanto conoce sobre la necesidad de hacerse exámenes de azúcar por lo menos un mes.</p> <p>15. Cuenta con conocimiento para comprender que la azúcar es una enfermedad que se cure.</p> <p>Nivel de Conocimiento</p>	<p>Nada Poco Suficiente</p> <p>Nada Poco Suficiente</p> <p>Nada Poco Suficiente</p> <p>Nada Poco Suficiente</p> <p>Muy poco Regular Suficiente</p>
Objetivo 4.			

<p>Grado de actitud ante el padecimiento de la DM tipo 2</p>	<p>Grado de acuerdo o desacuerdo sobre condición de la enfermedad y de las medidas terapéuticas y otras recomendaciones para estar bien</p>	<p>4.1. Creo que padecer de azúcar es por castillo por tener vida desordenada y llena de vicio 4.2. En mi opinión creo que padecer de azúcar no tiene que ver con nada de castigo 4.3. No considero bueno abandonar el tratamiento cuando le aplican insulina a uno. 4.4. No apoyo la idea que tenga que tomar pastilla todos los días 4.5. Creo que las pastillas y la insulina se debe de usar solo cuando uno se siente mal 4.6. En mi opinión al padecer de azúcar que se cuiden los más viejos 4.7. Yo promuevo que se debe ir al médico frecuentemente para controlar la azúcar 4.8. Me disgusta que me controlen que debo comer, para controlar mis niveles de azúcar controlar mis niveles de azúcar 4.9. Le doy tiempo para informarme sobre la enfermedad de diabetes</p>	<p>Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Duda De acuerdo Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Duda De acuerdo Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Duda</p>
--	---	---	--

		<p>4.10. Me desagrada pensar que nunca me voy a curar</p> <p>4.11. Me gusta cuidarme los pies para que no me los vayan a cortar</p> <p>4.12. Considero que debo obedecer al médico sobre cumplir tratamiento y los cuidados generales que me dan</p> <p>4. 13. Pienso que no debo abusar en tomar medicina botánica para regular mi azúcar</p> <p>4. 14. Pienso que una persona que padece de azúcar debe dejar los vicios como fumado y alcoholismo</p> <p>4.15. Considero que cuidar la medicina que dan es bueno para que haga el efecto de mejorar la azúcar.</p> <p>Actitud</p>	<p>De acuerdo Totalmente de acuerdo</p> <p>Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Duda De acuerdo Totalmente de acuerdo</p> <p>Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Duda De acuerdo Totalmente de acuerdo</p> <p>Favorable Desfavorables</p>
Objetivo 5.			
Práctica para estar bien del padecimiento de la azúcar	Acciones que al realizarla de manera repetida pueden con llevar a un estado satisfactorio de mejoría clínica de los problema de salud que causa la DM tipo 2	<p>4.1. A olvidado el tratamiento</p> <p>4.2. Acuden al medico</p>	<p>A veces Casi siempre Nunca</p> <p>Nunca Siempre A veces</p>

		4.3. A tenido que buscar atención médica a lo inmediato por problema como	De los pies Por parálisis Por los riñones Por un infarto Por no ver bien No ha tenido ningún problema
		4.4. El tratamiento para la azúcar es lo primero que cumple en el día	Si No
		4.5. Se realiza examen de la azúcar cuando se lo indican los medico	Si No
		4.6. No consume muchas azucares en su dieta	Si No
		4.7. Utiliza zapato adecuado	Si No
		4.8. Valora la PA frecuentemente	Si No
		4.9. Se realiza frecuentemente exámenes de la vista	Si No
		4.10. Evita el consumo de vicio alcohol y fumado	Si No

7.9. Aspectos éticos de la investigación.

La información recolectada fue utilizada con fines solo investigativos y académico, señalando que se tomó en cuenta el consentimiento informado por escrito. Los datos obtenidos se dan a conocer tal como fueron expuesto por los entrevistados. Cabe destacar que la entrevista fue anónima, los resultados se darán a conocer a las autoridades de salud del SILAIS Granada para que contribuya de alguna manera en mejorar aspecto identificados del estudio.

VIII. RESULTADOS

La edad de los pacientes que fueron entrevistados tenía un promedio de 59.7 años con una DS de 9.6 años. Separadamente la media en las mujeres era de 62 años y el grupo de edad más entrevistados el 65.0%(78) tenían 46 a 66 años. De total de personas estudiadas el 69.2%(83) eran mujeres, el 49.2%(59) tenían un nivel de educación de primaria y secundaria y ese mismo porcentaje eran mujeres ama de casa. El 50.0%(60) su estado civil era acompañado. Procedentes el 99.2%(119) del área urbana de Granada. (Ver tabla 1).

Se identificó un promedio de 7.8 años con una DS de 4.7 años como el tiempo de padecer de diabetes de los entrevistados, y es entre este grupo de 1 a 10 años que se concentra la mayoría que corresponde al 79.2%(95) según hallazgo. De manera general el promedio de las últimas 3 glicemias que presentaron todos los pacientes fue de 163.1mg/dl con una DS de 48.2mg/dl. El mayor porcentaje que corresponde al 71.7%(86) tuvieron cifras de 131 a 180mg/dl.

Al preguntar cual fue las últimas complicaciones causada por la diabetes presentada en ellos, el 5.8%(7) refirió nefropatía y el 86.7%(104) no presentó ninguna. Se identificó que en los últimos 3 meses los entrevistados fueron hospitalizados por problema de diabetes el 9.2%(11) según los entrevistados. (Ver tabla 2).

El 98.3%(118) de las personas que se incluyeron en el estudio refirieron que le han explicado sobre el padecimiento de diabetes, y señalaron el 80.0%(96) que lo habían hecho un familiar y un personal de salud. El 82.5%(99) la información que recibió considero que era suficiente y el 13.3%(16) señalo que era poca, sin embargo, se observa que 88.3%(106) dijeron que esta información le fue útil para no enfermarse más. (Ver tabla 3).

Al investigar el conocimiento que tenían los entrevistados; el 22.5%(27) tenían poco sobre el origen de la diabetes, el 20.0%(24) también poco sobre la aplicación de insulina para tener niveles óptimos de glicemia, el 13.3%(16) conocen poco sobre las afecciones que causa la diabetes en el cuerpo. Se observa en menor porcentaje que el 5.8%(7) de los entrevistados no conocen nada sobre la aplicación de insulina para tener niveles óptimos de glicemia y comprender el padecimiento de diabetes que no cura. El 97.5%(117) señalaron conocer el uso

de metformina y glibenclamida para controlar la diabetes y la necesidad de la glicemia mensual para su control de diabetes. (Ver tabla 4).

Sobre la actitud de las personas entrevistada el 42.5%(51) señalo estar en desacuerdo que el padecimiento de diabetes sea por castigo de una vida desordena y llena de vicio, el 32.5%(39) no apoyan la idea de tomar diario pastilla para controlar su diabetes, pero se observó, que el 75.8%(91) señalo estar en desacuerdo que la pastilla y la insulina se deban de usar solo cuando se sienten mal.

El 76.7%(92) afirmaron estar de acuerdo en ir al médico frecuentemente para controlar su diabetes, el 62.5%(75) mencionaron estar de acuerdo que es desagradable pensar que nunca se van a curar. De todos los entrevistado señalaron estar en total desacuerdo de cuidarse los pies para que no los vayan a amputar. Cuando se planteó sobre los vicios el 71.7%(86) afirmó estar de acuerdo que una persona que padece de diabetes los tiene que dejar y casi ese mismo porcentaje 72.6%(87) están de acuerdo que deben de cuidar la medicina para que hagan un buen efecto. (Ver tabla 5).

Al preguntar sobre las prácticas en relación para cuidarse de la enfermedad; los pacientes si han olvidado a veces el tratamiento refirió el 10.0%(12) de ellos, y el 9.2%(11) refirió que nunca han acudido al médico o al programa, se identificó que el 80.0%(96) no han tenido ningún problema para buscar atención médica inmediata, pero el 10.0%(12) ha acudido por problema de daños renal.

Se observó que 58.3%(70) señalaron que no consumen muchas azucares y consumen más frutas y vegetales, y todas las actividades que realizan el 84.2%(101) frecuentemente se realizan exámenes de la vista. (Ver tabla 6).

Al analizar el nivel de conocimiento de los pacientes se encontró que el 94.1%(113) conocen lo suficientemente sobre la diabetes mellitus, mientras que el 5.8%(7) su conocimiento es regular. En el caso de los que tenían suficiente conocimiento 62.5%(75) eran los pacientes entre las edades de 46 a 66 años y 68.3%(82) las mujeres. El 45.8%(55) de estos pacientes con conocimiento suficiente su nivel académico era de primaria, el 48.3%(58) eran ama de casa y los que tenían entre 1 a 10 años el 74.1%(89) de padecer de esta enfermedad.

También se identificó que los pacientes con conocimiento suficiente los niveles de las tres últimas glicemias fueron en el 69.1%(83) de 131 a 180mg/dl, y de este grupo 7.5%(9) en los últimos tres meses ya habían sido hospitalizados por problema de diabetes mellitus. En el caso de los pacientes con registro de tener un conocimiento regular el 5.8%(6) eran hombres, donde el 5.0%(6) tenían de 1 a 10 años, de estos el 2.5%(3) tenían cifras de glicemia entre 131 a 180mg/dl y solo 1.7%(2) habían sido hospitalizado en los últimos tres meses por problema de diabetes mellitus. (Ver tabla 7).

Lo que corresponde al grado de actitud para sobrellevar el padecimiento de la diabetes, se muestra que 89.2%(107) tenían una actitud favorable y el 10.8%(13) la actitud es desfavorables. De este último grupo 5.8%(7) tenían edades entre 46 a 66 años, el 8.3%(10) eran mujeres y el 6.7%(8) con nivel de educación primaria y fueron el 6.7%(8) ama de casa.

Al preguntar el tiempo que tenían de padecer de diabetes el grupo de pacientes con el grado desfavorables 9.2%(11) tenían 1 a 10 años y casi ese mismo porcentaje el promedio de las tres últimas muestras eran de 131 a 180mg/dl. Se encontró que 1.7%(2) de este grupo habían sido hospitalizados en los tres últimos meses por problema de diabetes. El grupo de que tuvo una actitud favorable 60.8%(73) eran mujeres, el 45.0%(54) con un nivel académico de secundaria, siendo el 42.5%(51) ama de casa.

Se identificó que 70.0%(84) de este grupo tenían entre 1 a 10 años de padecer la enfermedad y el 18.3%(22) más de 10 años. Las cifras de glicemia de los tres últimos controles tenían rangos de 131 a 180mg/dl. Se observó que los pacientes con actitud favorable el 7.5%(9) tenían antecedentes de haber sido hospitalizados en los tres últimos meses por problemas de diabetes. (Ver tabla 8)

Cuando se comparó el nivel de conocimiento y de actitud con algunas prácticas inadecuadas de los pacientes se observó que las personas con suficiente conocimiento el 9.2%(11) a veces y casi siempre se les ha olvidado el tratamiento para la diabetes y el 12.5%(15) nunca o a veces acuden al médico o al programa de pacientes con diabetes. El 11.7%(14) de este grupo no se realizan frecuentemente exámenes de la vista.

En el caso de la actitud fue evidenciado que los que presentaban actitud favorable el 10.8%(13) a veces y casi siempre se les olvida el tratamiento y el 11.7%(14) nunca o a veces acuden al médico o el programa de pacientes con diabetes. De este grupo no se realizan frecuentemente exámenes de la vista el 14.2%(17) de los entrevistados. (Ver tabla 9).

XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La diabetes mellitus tiene un gran interés su estudio desde los diferentes enfoques, porque se ha demostrado como este padecimiento influyen en la calidad de vida de quienes la padecen y cada día son más las personas con esta enfermedad. La población a nivel mundial preocupada ha demostrado cambio desde una cultura de curación hacia una de prevención, aunque se dispone actualmente con mejores fórmulas de tratamiento, a lo que se pretende llegar es que no padezcan tempranamente de diabetes o que, al momento de padecer el deterioro, no sea tan acelerado.

Uno de los retos más importantes para la salud pública en el campo de la diabetes es vigilar la calidad de atención con la intención de introducir medidas para asegurar mejores resultados logrando reducir la mortalidad por complicaciones y reducir costo de inversiones innecesario producto de las complicaciones y secuelas de la diabetes. (American Diabetes Association, 2019).

Si vemos los resultados del estudio realizado la población que puede estar siendo afectada en nuestra región son personas bastante jóvenes 30 a 45 años, algo que deja en observación este estudio es reconocer que son más mujeres las que participaron o será que son más mujeres las que padecen de esta enfermedad. Estudios consultados han demostrado que son más las mujeres con diabetes y un estudio reconoce que; según el doctor Rubén Román Ramos, profesor-investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa (UAM-I), señala que la población femenina registra mayor índice de sobrepeso y obesidad lo cual es uno de principales detonantes que conducen a la diabetes mellitus tipo II. Como el resultados donde se encontró en México, 6.4 millones de personas reportadas de tener un diagnóstico de diabetes por un médico, cifra que por sexo se divide en 2.84 millones de hombres y 3.56 millones de mujeres. (Iberoaméricadivulga, 2017).

Este mismo efecto el padecimiento temprano de la diabetes por la cantidad de población con índice de masa corporal en sobre peso y obesidad que condiciona este padecimiento. Y observando detenidamente es un número considerable de individuos con bajo nivel académico los más afectados que se concentran en el área urbana probablemente

a la accesibilidad a la unidad de salud, no significando que sea excluida la población del campo quienes menos padezcan de diabetes. Los pacientes entrevistados en su mayoría tienen de 3 a 12 años y vemos que los promedios de glicemia de tres controles están por encima de los valores óptimos para evitar secuelas.

Se menciona que los gastos adicionales para la atención por complicaciones por diabetes pueden llegar a corresponder al 10.2% de los gastos totales de una institución hospitalaria el 9.2% son los que han estado hospitalizado por complicaciones de la diabetes, relativamente corresponde un décimo de la población de Granada que pudieran estar haciendo uso de los servicios hospitalarios por complicaciones de la diabetes.

Los estudios sobre conocimiento actitudes y prácticas en este contexto sobre la diabetes son útiles para fortalecer los elementos de información, educación y comunicación, en principio se toma en cuenta la importancia que los sistemas de salud para influir en los cambios de estilo de vida de quienes las padecen porque en definitiva influye de manera directa en mayores inversiones para tratar las complicaciones y para lograr mejor calidad de vida para el paciente y la familia. Según los resultados vemos que dos tercios mencionaron a la familia y al personal de salud como los mayores informantes que tienen sobre su problema de diabetes.

Podemos suponer según lo que mencionaron los pacientes que esta información ha sido útil porque corresponde en parte a la diferencia de los que no han sido informado que son quienes han presentado complicaciones que requirieron de hospitalización. Pero no se puede omitir que si hay pacientes que fueron informado por el personal de salud, pero refirieron que la información no le ha servido para nada. Obviamente saber cuánto influye de manera directa las intervenciones de educación para los cambios de vida en los pacientes es difícil porque sería correlacionar elementos de la vida misma del paciente con el hecho de informar comunicar al paciente y es un monitoreo sistemático que no se realiza.

Si se toma en cuenta los tres últimos niveles de glicemia que mencionaron los pacientes los efectos del seguimiento por el sistema de salud, no demostró efectos satisfactorios aun con la aplicación de las diferentes terapias de manejo de la diabetes. Se

menciona que el tratamiento inicial de todo paciente diabético está dirigido a la obtención de un óptimo nivel educativo que le permita tener los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo un buen control metabólico de la enfermedad.

Los resultados sobre el conocimiento y las actitudes en la población estudiada demostraron que más de dos tercios tenían suficientes conocimientos y la actitud era muy favorables, aunque se evidenció que hay situaciones específicas de la entrevista que determinaron ser en algunas personas la condicionante de un regular conocimiento y actitud desfavorable, tal es el caso que; algunos no conocen el origen ni síntomas que provoca la diabetes y las afectaciones como consecuencia de esta.

Hay pacientes que no saben sobre la aplicación de tratamiento e incluso de la curación que no tiene más que el control de la glicemia cuando el paciente lo padece. El significado de esta situación permite que algunos no superen condiciones que incurren en cambio de estilo de vidas y la adaptación de la enfermedad. Estas mismas situaciones fueron planteadas en la actitud y la respuesta desfavorables condujeron a que pocos presentaran actitud desfavorable, y es importante mencionar que, aunque fueron pocos los que tenían actitud desfavorable, 13 individuos de estos la mayoría presentaban suficiente conocimiento 10 de ellos. También sucedió que 7 pacientes tenían regular conocimiento, pero una actitud favorable.

En la mayoría de los estudios a nivel internacional consultados demuestra el mismo comportamiento con la actitud y el conocimiento porcentajes menores a veinte la diferencia son los estudios a nivel nacional donde el comportamiento son más evidente de pobre o regular conocimiento cifras de cuarenta a cincuenta por ciento. La actitud a nivel internacional también son pocos los casos desfavorables que alcanza el 21% casi similar al resultado de este estudio, pero a nivel nacional son mayores que pueden alcanzar el 60% de actitudes desfavorables.

Lo que hay que tomar en cuenta es el periodo de realización del estudio en la actualidad hay mayor accesibilidad a los medios de información y la difusión masiva de la misma en relación hace 3 o 4 años atrás.

Tomando el elemento de la práctica, al analizar este demuestra incongruencia entre los que la gran mayoría realiza y la evidencia de cifras de glicemia, así como de complicaciones tratadas en unidades hospitalaria. Es decir, tienen buen conocimiento y actitud favorables, pero no controlan su glicemia y sufren complicaciones que algunos han requerido de atención hospitalaria.

Como elementos trazadores de la práctica se relacionó; el olvidar el tratamiento, no acudir a las citas de seguimiento y no evaluarse la vista frecuentemente que fueron las respuestas menos respondidas, se observó como ocurre en muchos pacientes con suficiente conocimiento y actitud favorable. Ante este resultado se puede pensar que hay una proporción que independientemente el nivel académico o cultural, sea este alto o bajo no determina lo que realizan, y es importante reconocer que el conocimiento influye en la práctica y los resultados de este puede generar cambios de actitud sostenibles que en el paciente diabético le permitirá desarrollar cambios a las condiciones y estilo de vida.

X. CONCLUSIONES

1. Las características de la población estudiada demuestran condicionantes que permite ambigüedades entre el conocimiento actitud y la práctica, en su mayoría son personas entre la cuarta y sexta década de la vida, con bajo nivel académico, concentrado en su mayoría en la región urbana de la ciudad de Granada. Muy importante hay que destacar dentro de estos que son mujeres y en su mayoría ama de casa. Con un periodo promedio de padecer de diabetes de 7 años.
2. A pesar de los elementos incongruentes identificados en el estudio, el sistema de salud a través del personal que atiende es uno de lo que más reconoció la población como informante y que la información es suficiente y considerada útil para el autocuidado.
3. Se reconoce que más de dos tercios de los entrevistados demostraron tener suficiente conocimiento sobre la diabetes, hay unos pocos que no conocen su origen, las manifestaciones clínicas y repercusiones a la salud así también el regular conocimiento de su tratamiento y curación. Que al compararlo sobresale con las características más frecuente encontrada en la población como una cifra coincidente y probablemente como un factor causal, pero que es importante tomarlo en cuenta al momento de realizar intervenciones.
4. El grado de actitud favorable predomina en la mayoría, pero existe un número de personas con actitudes desfavorables que es de regular conocimiento, es decir, que la actitud en algunos casos no depende del nivel de conocimiento que tenga. Y es importante mencionar que el grado de actitud se ve en mayor porcentaje en las características generales más sobresaliente por su frecuencia, esta situación es más como un hecho casual no causal. Y cabe mencionar que la actitud desfavorable esta influencia más por la dimensión conductual, es decir respondieron desfavorablemente más este tipo de preguntas.
5. De todos los elementos investigado sobre las prácticas que tienen los pacientes las que presentaron falta de realización son el olvido del tratamiento, no acudir a su cita y la falta de cuido visual. Que al compararlo con el nivel de conocimiento y grado de actitud se observa incongruencia que puede significar el hecho que muchos pacientes no tengan glicemia optimas y la necesidad de acudir para atención hospitalaria.

XI. RECOMENDACIONES

A nivel del SILAIS Granada.

1. Desde la dirección de atención en salud; Apoyar y dirigir la evaluación objetiva entre fallecimiento y requerimiento de atención hospitalaria de pacientes con consecuencia de falta de seguimiento y mal control de su diabetes que permita influir en seguir educando e informando a la población sobre esta enfermedad que sigue en incremento.

A nivel de centro de salud Jorge Sinforoso Bravo

1. Desde la atención al paciente; que el personal de salud previo durante y posterior atención informe comunique y eduque al paciente buscando cambios de comportamiento y no quedarse el simple hecho de conocer que es la diabetes.
2. Desde la atención comunitaria; aprovechar el momento de espera de atención en la unidad móvil para informar a los pacientes sobre las consecuencias de la diabetes en las personas, como detectarla y cuáles son los factores que pueden contribuir, explicar que los estudios demuestran que cualquiera puede padecerla pero que se ha identificado a las mujeres y ama de casa como más afectadas.
3. Desde de los colegios; realizar charlas educativas para que sean los jóvenes que influyan en transmitir información a sus familiares, más si son pacientes que conviven con diabetes.
4. Desde la dirección del centro; Aunque no sean indicadores evaluativo mensual considerar el cumplimiento de estas recomendaciones y como parámetro de su realización hacer evaluaciones sistemáticas de un grupo de paciente al azar y valorar sus niveles de glicemia promedio y el número de complicaciones presentadas y atendidas en unidades hospitalaria.

XII. BIBLIOGRAFIA

- Alonso Fernández, M., de Santiago Nocito, A. M., Moreno Moreno, A., Carramiñana Barrera, F. C., López Simarro, F., Miravet Jiménez, S., . . . Huidobro Dosal, C. (2015). Diabetes mellitus. Barcelona: Sermerge Boehringer Ingelheim y Lilly.
- American Diabetes Association. (2019). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of medical care in diabetes. Care Diabetes , S13-S28.
- Asociación ALAD. (2013). Epidemiología de la diabetes tipo 2 en Latinoamérica. Rev. ALAD, 17 a 23.
- Diaz Digón , L. (2007). Trastornos adaptativos en la Diabetes. Barcelona.: Hospital del Mar.
- Escorcía , J. G. (2006). Evaluación del conocimiento y auto concepto del programa de dispensarizado que tienen la población que acude por problema de Diabetes Mellitus del centro de salud Jorge Sinforoso Bravo de la Ciudad de Granada de Enero a Marzo del 2006. Managua : UNAN - Managua.
- Iberoaméricadivulga. (10 de Marzo de 2017). <https://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?En-Mexico-hay-mas-mujeres-con-diabetes-que-hombres-que-es-lo-que-influye>. Obtenido de <https://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/>
- Ledón Llanes, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus. Rev Cubana Endocrinol , 76-97.
- López Quiroz, M., & Narvárez Aburto, O. d. (2015). “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”. Managua: UNAN - Managua.
- Mendieta Rodríguez, P. L., & Zavala Parrales, M. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa por el servicio de medicina interna del Hospital Regional Santiago de Jinotepe, Enero - Marzo del 2016. Jinotepe: UNAN - Managua.
- MINSA - Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. (2018). Registro de Dispensarizado por sector. . Granada: MINSA - C/S Jorge Sinforoso Bravo .

- MINSA - Nicaragua . (2011). Protocolo de Atención de la Diabetes Mellitus. Managua: MINSA - Nicaragua.
- MINSA - Nicaragua. Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. (2019). Sistema de Estadística Vitales para la Salud. Granada: MINSA - Nicaragua.
- OMS. (2018). Diabetes: Datos Cifras. Washintong: OMS.
- PAHO. (2009). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Regional Office of the World Health Organization: PAHO.
- Prado Montoya, L. (2015). Relación entre conocimientos, actitudes y practicas respecto a diabetes en pacientes del Hospital III Yanahuara 2015. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Quezada Tenezaca, C., & Zhunio Carchipulla, M. (2011). 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. Cuenca Ecuador: Universidad de la Cuenca.
- Reyes Rivera, L. G., & Rentería Ruíz, O. D. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados en las unidades de salud del municipio de San Pedro del Norte, Chinandega, durante marzo del 2013. Leon: UNAN - Leon .
- Rico Sánchez, R., Juárez Lira, A., Sánchez Perales, M., & Muñoz Alonso, L. (2018). Nivel de Conocimientos, Estilos de Vida y Control Glicémico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro.
- Rodríguez, M., & Puchulo, F. (2015). Conocimiento y Actitudes hacia la Diabetes Mellitus en la Argentina. Medicina, 353-366.

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN – MANAGUA
FACULTAD DE MEDICINA
Instrumento de recolección de la información

“Conocimiento Actitudes y Práctica sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.”

El llenado del instrumento será revisado por los mismos investigadores, pero serán los pacientes que conteste las preguntas.

I. Datos Generales. Respuesta específicamente

- 1) Edad: _____ años
- 2) Sexo: _____
- 3) Nivel de escolaridad: _____
- 4) Estado civil: _____
- 5) Procedencia: _____ Urbano _____ Rural _____
- 6) Tiempo de padecer DM. _____ años
- 7) Promedio de niveles de Glicemia 3 ultimas tomas: _____ mg/dl. No sabe _____
- 8) Ultimas Complicaciones que le ha causado la Diabetes. _____
- 9) Hospitalizaciones en los últimos 3 meses por Problema de Diabetes. Si ____ No _____

II. Información e informantes.

Información	Respuesta		
1.1 Le han explicado sobre el padecimiento de Diabetes mellitus	Si ()	No ()	Marque con una X
Si la respuesta es sí, quien le explico:	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Compañeros <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Personal de salud <input type="checkbox"/> Líder de la comunidad		
1.2 La información que recibió fue	<input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Mucha		
1.3 La información que recibió fue	<input type="checkbox"/> Útil, te ha ayudado para no enfermarte mas <input type="checkbox"/> Poco útil, te sirvió en algunas cosas <input type="checkbox"/> Nada útil, no te sirvió del todo		

III. Nivel de conocimiento. Marque con una X la repuesta que usted considere en lo siguiente ítem en la casilla correspondiente. (N: nada), (P: poco), (S: suficiente).

Conocimiento	Nada	Poco	suficiente
--------------	------	------	------------

1. Que conocimiento tienes sobre la diabetes y su complicaciones			
2. Cuantos síntomas conoce que son a causa de la Diabetes			
3. Cuanto conoce sobre los niveles de azúcar que debe tener una persona con diabetes			
4. Conoce sobre las afecciones que causa en el cuerpo la diabetes			
5. Cuanto conoce sobre el origen de enfermarse de diabetes en una personas			
6. Cuento sabe acerca que la diabetes causa catarata en los ojos			
7. Que conoce sobre las condiciones de vida que hace que se empeore la diabetes			
8. Cuenta con conocimiento que la diabetes afecta los nervios, el riñón, el corazón.			
9. Que conocimiento tiene acerca de los altos niveles de azúcar en sangre afecta la presión arterial			
10. Cuanto conoce que la alimentación de cualquier cosa contribuye al mal control de la azúcar.			
11. Cuanto conoce sobre las razones de venir a consultar cada mes a este centro de salud.			
12. Cuenta con conocimiento sobre cómo aplicarse la insulina para ayudarlo a tener los niveles de azúcar optimo			
13. Cuanto conoce sobre la metformina y glibenclamida para controlar la azúcar			
14. Cuanto conoce sobre la necesidad de hacerse exámenes de azúcar por lo menos un mes.			
15. Cuenta con conocimiento para comprender que la azúcar es una enfermedad que se cure.			

IV. Actitud ante el padecimiento de Diabetes Mellitus. Marque una por cada pregunta dónde; (TED totalmente en desacuerdo) (ED en desacuerdo) (D duda) (DA de acuerdo) (TDA totalmente de acuerdo)

Actitudes	TED	ED	D	DA	TDA
4.1. Creo que padecer de azúcar es por castigo por tener vida desordenada y llena de vicio					
4.2. En mi opinión creo que padecer de azúcar no tiene que ver con nada de castigo					
4.3. No considero bueno abandonar el tratamiento cuando le aplican insulina a uno.					
4.4. No apoyo la idea que tenga que tomar pastilla todo los días					
4.5. Creo que las pastilla y la insulina se debe de usar solo cuando uno se siente mal					
4.6. En mi opinión al padecer de azúcar que se cuiden los más viejos					
4.7. Yo promuevo que se debe ir al médico frecuentemente para controlar la azúcar					
4.8. Me disgusta que me controlen que debo comer, para controlar mis niveles de azúcar					
4.9. Le doy tiempo para informarme sobre la enfermedad de diabetes					

3.10. Me desagrada pensar que nunca me voy a curar					
4.11. Me gusta cuidarme los pies para que no me los vayan a cortar					
4.12. Considero que debo obedecer al médico sobre cumplir tratamiento y los cuidados generales que me dan					
4. 13. Pienso que no debo abusar en tomar medicina botánica para regular mi azúcar					
4. 14. Pienso que una persona que padece de azúcar debe dejar los vicios como fumado y alcoholismo					
4.15. Considero que cuidar la medicina que dan es bueno para que haga el efecto de mejorar la azúcar.					

V. Prácticas para estar bien del padecimiento de la azúcar. (marque sí o no)

Prácticas para el tratamiento	Si	No
4.1 El tratamiento para la diabetes lo he olvidado		
A veces		
Casi siempre		
Nunca		
4.2 Yo acudo al médico y al programa de pacientes diabético		
Nunca		
Siempre		
A veces		
4.3 He tenido que buscar atención médica a lo inmediato por		
Problema de los pies		
Por parálisis		
Por los riñones		
Por un infarto		
Por no ver bien		
No he tenido ninguno de esos problemas		
4.4 El tratamiento para la azúcar es lo primero que cumpla en el día		
4.5. Me realizo el examen de la azúcar cuando me lo indica el medico		
4.6. No consumo muchas azucares en mi comidas y consumo más fruta y vegetales		
4.7. Utilizo zapatos adecuados para evitar lesionar mis pies		
4.8. Valoro mi presión arterial frecuentemente		
4.9. Me realizo frecuentemente exámenes de la vista		
4.10. Evito el consumo de vicio como alcohol, fumado,		

MUCHAS GRACIAS.

Anexos 2

Hoja de Consentimiento Informado
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
Facultad de Medicina.

“Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre Diabetes Mellitus que tienen los adultos que la padecen y acuden a consulta de seguimiento en el Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo del municipio de Granada en el primer semestre del 2019.”

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Determinar el conocimiento, actitudes y práctica sobre Diabetes Mellitus que tienen los adultos que la padecen y acuden a consulta de seguimiento en el Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo del municipio de Granada en el primer semestre del 2019 es de gran importancia para demostrar los aciertos y desacierto de la atención en salud que reciben en la unidad asistencia Jorge Sinforoso Bravo que ayude a mejorar estos elementos que es útil para usted, en materia de mejorar su calidad de vida, previniendo las complicaciones y adaptándose a los cambios de estilo de vida requerido para enfrentar esta enfermedad.

Su colaboración y participación en este estudio nos será de mucha ayuda, y es totalmente voluntaria y no necesita dar a conocer su nombre en el cuestionario a llenar. Usted puede elegir participar o no hacerlo en este momento o en cualquier otro del estudio.

He leído la información proporcionada o me han leído y explicado que debo hacer y los objetivos del estudio. He tenido la oportunidad de preguntar sobre este y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como objeto de estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en el transcurso por mi descuerdo, si existiera alguna razón.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Anexos 3

RESULTADOS

Tabla 1.

Características generales de los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

n=120

Características Generales	n (%)	Media (DS)
Edad		59.7 (9.6)
30 a 45 años	10 (8.3)	40.6 (4.6)
46 a 66	78 (65.0)	57.1 (6.2)
65 y +	32 (26.7)	70.9 (3.6)
Sexo		
Femenino	83 (69.2)	
Masculino	37 (30.8)	
Nivel de escolaridad		
Solo Lee y Escribe	1 (0.8)	
Primaria	59 (49.2)	
Secundaria	59 (49.2)	
Universitario	1 (0.8)	
Ocupación		
Ama de casa	59 (49.9)	
Comerciantes	12 (10.0)	
Docente	5 (4.1)	
Conductos de vehículo	5 (4.1)	
Otras	39 (32.5)	
Estado civil		
Acompañado	60 (50.0)	
Casado	34 (28.3)	
Soltero	16 (13.3)	
Viudo	10 (8.3)	
Procedencia		
Urbano	119 (99.2)	
Rural	1 (0.8)	

Fuente: Primaria.

Tabla 2.

Características generales de los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

n=120

Características Generales	n (%)	Media (DS)
Tiempo de padecer de diabetes		7.8 (4.7)
1 a 10 años	95 (79.2)	5.9 (2.8)
11 a 20	24 (20.0)	14.6 (3.1)
21 a 30	1 (0.8)	-
Promedios de la ultimas 3 glicemias		163.1 (48.2)
110 a 130mg/dl	14 (11.7)	127.3 (5.4)
131 a 180	86 (71.7)	149.0 (11.9)
181 a 250	14 (11.7)	210 (19.5)
>250	6.0 (5.0)	338 (42.6)
Ultima complicación causado por diabetes		
Nefro/retinopatías	2 (1.7)	
Amputaciones	1 (0.8)	
Retinopatía	3 (4.2)	
Pie Diabético	3 (4.2)	
Nefropatía	7 (5.8)	
Ninguna	104 (86.7)	
Hospitalizaciones en los últimos 3 meses por Problema de Diabetes		
Si	11 (9.2)	
No	109 (90.8)	

Fuente: Primaria.

Tabla 3.

Información recibida sobre la Diabetes Mellitus en pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

n=120

Información	n (%)
Le han explicado sobre el padecimiento de diabetes mellitus.	
Si	118 (98.3)
No	2 (1.7)
Quien le explico:	
Familiar	1 (0.8)
Compañero	1 (0.8)
Personal de salud	20 (16.7)
Familiar y personal de salud	96 (80.0)
No aplica	2 (1.7)
La información que recibió fue	
Poca	16 (13.3)
Suficiente	99 (82.5)
Mucha	3 (2.5)
No aplica	2 (1.7)
La información que recibió fue	
Útil, te ha ayudado para no enfermarte mas	106 (88.3)
Poco útil, te sirvió en algunas cosas	12 (10.0)
No aplica	2 (1.7)

Fuente: Primaria.

Tabla 4.

Conocimiento sobre la Diabetes Mellitus que tienen los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

Conocimiento	n=120		
	Nada n (%)	Poco n (%)	Suficiente n (%)
Conocimiento que tienes sobre la diabetes y sus complicaciones	-	8 (6.7)	112 (93.3)
Los síntomas que conocen que son a causa de Diabetes	-	8 (6.7)	112 (93.3)
Conocimiento sobre los niveles de azúcar que debe tener una persona con diabetes	-	7 (5.8)	113 (94.2)
Conocimiento sobre las afecciones que causa en el cuerpo la diabetes	-	16 (13.3)	104 (86.7)
Conocimiento sobre el origen de enfermarse de diabetes en una persona	-	27 (22.5)	93 (77.5)
Cuanto sabe acerca que la diabetes que causa catarata en los ojos	-	7 (5.8)	113 (94.2)
Cuanto conocen sobre las condiciones de vida que hace que se empeore la diabetes	1 (0.8)	10 (8.3)	109 (90.8)
Cuanto conocen que la diabetes afecta los nervios, el riñón, el corazón.	2 (1.7)	6 (5.0)	112 (93.3)
El conocimiento que tienen acerca de los altos niveles de azúcar en sangre que afecta la presión arterial	1 (0.8)	5 (4.2)	114 (95.0)
Cuanto conoce que la alimentación de cualquier cosa contribuye al mal control de la azúcar.	-	4 (3.3)	116 (96.7)
Conocimiento sobre las razones de ir a consultar cada mes a los centro de salud.	-	7 (5.8)	113 (94.2)
El conocimiento sobre cómo aplicarse la insulina para ayudarle a tener los niveles de azúcar óptimo	6 (5.8)	24 (20.0)	90 (75.0)
Cuanto conoce sobre la metformina y glibenclamida para controlar la azúcar	-	3 (2.5)	117 (97.5)
Cuanto conoce sobre la necesidad de hacerse exámenes de azúcar por lo menos mensual.	-	3 (2.5)	117 (97.5)
El conocimiento que tienen para comprender que la azúcar es una enfermedad que se cura.	6 (5.8)	10 (8.3)	104 (86.7)

Fuente: Primaria.

Tabla 5.

Actitud sobre la Diabetes Mellitus que tienen los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

Actitudes	n=120				
	TED n (%)	ED n (%)	D n (%)	DA n (%)	TDA n (%)
Creen que padecer de azúcar es por castigo por tener vida desordenada y llena de vicio	7 (5.8)	51 (42.5)	10 (8.3)	-	52 (43.3)
En su opinión creen que padecer de azúcar no tiene que ver con nada de castigo	3 (2.5)	25 (20.8)	10 (8.3)	78 (65.0)	4 (3.3)
No consideran bueno abandonar el tratamiento cuando le aplican insulina a uno.	-	7 (5.8)	6 (5.0)	99 (82.5)	8 (6.7)
No apoyan la idea que tenga que tomar pastilla todo los días	6 (5.8)	39 (32.5)	6 (5.0)	68 (56.7)	1 (0.8)
Creen que las pastilla y la insulina se debe de usar solo cuando uno se siente mal	15 (12.5)	91 (75.8)	3 (2.5)	10 (8.3)	1 (0.8)
En su opinión al padecer de azúcar que se cuiden los más viejos	16 (13.3)	93 (77.5)	3 (2.5)	8 (6.7)	-
Promueven que debe ir al médico frecuentemente para controlar la azúcar	2 (1.7)	13 (10.8)	3 (2.5)	92 (76.7)	10 (8.3)
Les disgusta que los controlen que deben comer, para controlar mis niveles de azúcar	5 (4.2)	20 (16.7)	3 (2.5)	87 (72.5)	5 (4.2)
Le dan tiempo para informarse sobre la enfermedad de diabetes	2 (1.7)	4 (3.3)	4 (3.3)	81 (67.5)	29 (24.2)
Les desagrada pensar que nunca se van a curar	1 (0.8)	17 (14.2)	2 (1.7)	75 (62.5)	25 (20.8)
Les gusta cuidarse los pies para que no se los vayan a cortar	3 (2.5)	-	2 (1.7)	85 (70.8)	30 (25.0)
Consideran que deben obedecer al médico sobre cumplir tratamiento y los cuidados generales que les dan	-	3 (2.5)	1 (0.8)	81 (67.5)	35 (29.2)
Piensen que no deben abusar en tomar medicina botánica para regular su azúcar	2 (1.7)	2 (1.7)	2 (1.7)	81 (67.5)	33 (27.5)
Piensen que una persona que padece de azúcar debe dejar los vicios como fumado y alcoholismo	1 (0.8)	-	-	86 (71.7)	33 (27.5)
Consideran que cuidar la medicina que les dan es bueno para que haga el efecto de mejorar la azúcar.	-	-	-	87 (72.6)	33 (27.5)

Fuente: Primaria.

Tabla 6.

Prácticas en relación con el padecimiento de Diabetes Mellitus en pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

	n=120
Prácticas para el tratamiento	Si
El tratamiento para la diabetes lo he olvidado	
A veces	12 (10.0)
Casi siempre	3 (2.5)
Nunca	105 (87.5)
Acuden al médico y al programa de pacientes diabético	
Nunca	11 (9.2)
Siempre	104 (86.7)
A veces	5 (4.2)
Han tenido que buscar atención médica a lo inmediato por	
Por problemas en los pies	4 (3.3)
Por daño renal	12 (10.0)
Por daño visual	8 (6.7)
No han tenido ningún problema	96 (80.0)
El tratamiento para la azúcar es lo primero que cumplo en el día	110 (91.7)
Me realizo el examen de la azúcar cuando me lo indica el medico	117 (97.5)
No consumo muchas azucares en mi comidas y consumo más fruta y vegetales	70 (58.3)
Utilizo zapatos adecuados para evitar lesionar mis pies	116 (96.7)
Valoro mi presión arterial frecuentemente	115 (95.8)
Me realizo frecuentemente exámenes de la vista	101 (84.2)
Evito el consumo de vicio como alcohol, fumado	116 (96.7)

Fuente: Primaria.

Tabla 7.

Nivel de Conocimiento sobre la Diabetes Mellitus que tienen los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

n=120

Características Generales	Nivel de conocimiento	
	Conocimiento regular n (%)	Suficiente Conocimiento n (%)
Total	7 (5.8)	113 (94.1)
Edad		
30 a 45 años	-	10 (8.3)
46 a 66	3 (2.5)	75 (62.5)
65 y +	4 (3.3)	28 (23.3)
Sexo		
Femenino	1 (0.8)	82 (68.3)
Masculino	6 (5.8)	31 (25.8)
Nivel de escolaridad		
Solo Lee y Escribe	1 (0.8)	-
Primaria	4 (3.3)	55 (45.8)
Secundaria	2 (1.7)	57 (47.5)
Universitario	-	1 (0.8)
Ocupación		
Ama de casa	1 (0.8)	58 (48.3)
Comerciantes	-	12 (10.0)
Docente	-	5 (4.2)
Conductos de vehículo	2 (1.7)	3 (2.5)
Otras	4 (3.3)	35 (29.2)
Tiempo de padecer de diabetes		
1 a 10 años	6 (5.0)	89 (74.1)
11 a 20	1 (0.8)	23 (19.1)
21 a 30	-	1 (0.8)
Promedios de la ultimas 3 glicemias		
110 a 130mg/dl	-	14 (11.7)
131 a 180	3 (2.5)	83 (69.1)
181 a 250	2 (1.7)	12 (10.0)
>250	2 (1.7)	4 (3.3)
Hospitalizaciones en los últimos 3 meses por Problema de Diabetes		
Si	2 (1.7)	9 (7.5)
No	5 (4.2)	104 (86.6)

Fuente: Primaria.

Tabla 8.

Grado de actitud sobre la Diabetes Mellitus que tienen los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

n=120

Características Generales	Grado de actitud	
	Actitud Desfavorable n= 7 n (%)	Actitud Favorable n= 65 n (%)
Total	13 (10.8)	107 (89.2)
Edad		
30 a 45 años	1 (0.8)	9 (7.5)
46 a 66	7 (5.8)	71 (59.1)
65 y +	5 (4.2)	27 (22.5)
Sexo		
Femenino	10 (8.3)	73 (60.8)
Masculino	3 (2.5)	34 (28.3)
Nivel de escolaridad		
Solo Lee y Escribe	-	1 (0.8)
Primaria	8 (6.7)	51 (42.5)
Secundaria	5 (4.2)	54 (45.0)
Universitario	-	1 (0.8)
Ocupación		
Ama de casa	8 (6.7)	51 (42.5)
Comerciantes	1 (0.8)	11 (9.2)
Docente	-	5 (4.2)
Conductos de vehículo	1 (0.8)	4 (3.3)
Otras	3 (2.5)	36 (30.0)
Tiempo de padecer de diabetes		
1 a 10 años	11 (9.2)	84 (70.0)
11 a 20	2 (1.7)	22 (18.3)
21 a 30	1 (0.8)	1 (0.8)
Promedios de la ultimas 3 glicemias		
110 a 130mg/dl	-	14 (11.7)
131 a 180	11 (9.1)	75 (62.5)
181 a 250	-	14 (11.7)
>250	2 (1.7)	4 (3.3)
Hospitalizaciones en los últimos 3 meses por Problema de Diabetes		
Si	2 (1.7)	9 (7.5)
No	11 (9.1)	98 (81.6)

Fuente: Primaria.

Tabla 9.

Nivel de conocimiento y actitud según prácticas inadecuadas sobre la Diabetes Mellitus que tienen los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

n=120

Nivel de conocimiento y Actitud	Prácticas inadecuadas		
	A veces y casi siempre el tratamiento para la Diabetes lo han olvidado n (%)	Nunca y a veces acuden al médico o al programa de Pacientes Diabético n (%)	No se realizan frecuentemente exámenes de la vista n (%)
Total	15 (12.5)	16 (13.3)	19 (15.8)
Nivel de Conocimiento			
Conocimiento regular	4 (3.3)	1 (0.8)	5 (4.2)
Suficiente conocimiento	11 (9.2)	15 (12.5)	14 (11.7)
Grado de Actitud			
Actitud Desfavorable	2 (1.7)	2 (1.7)	2 (1.7)
Actitud Favorable	13 (10.8)	14 (11.7)	17 (14.2)

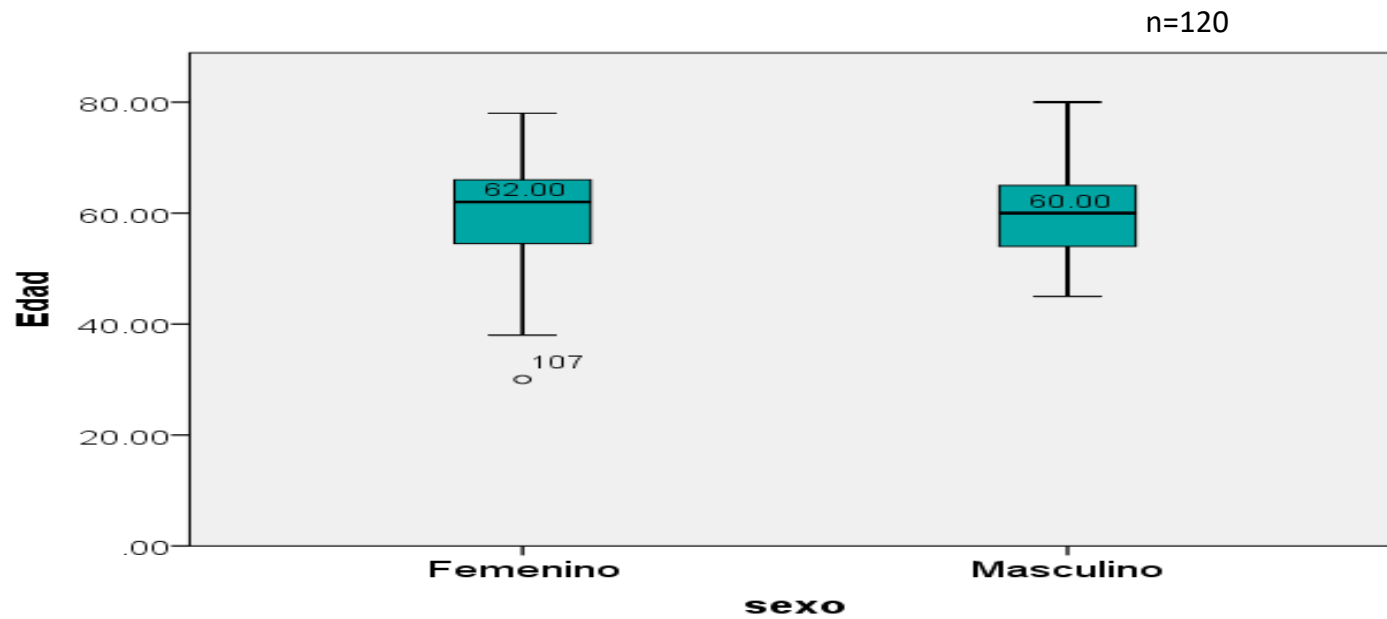
Fuente: Primaria.

Anexos 4.

Resultados

Gráficos 1.

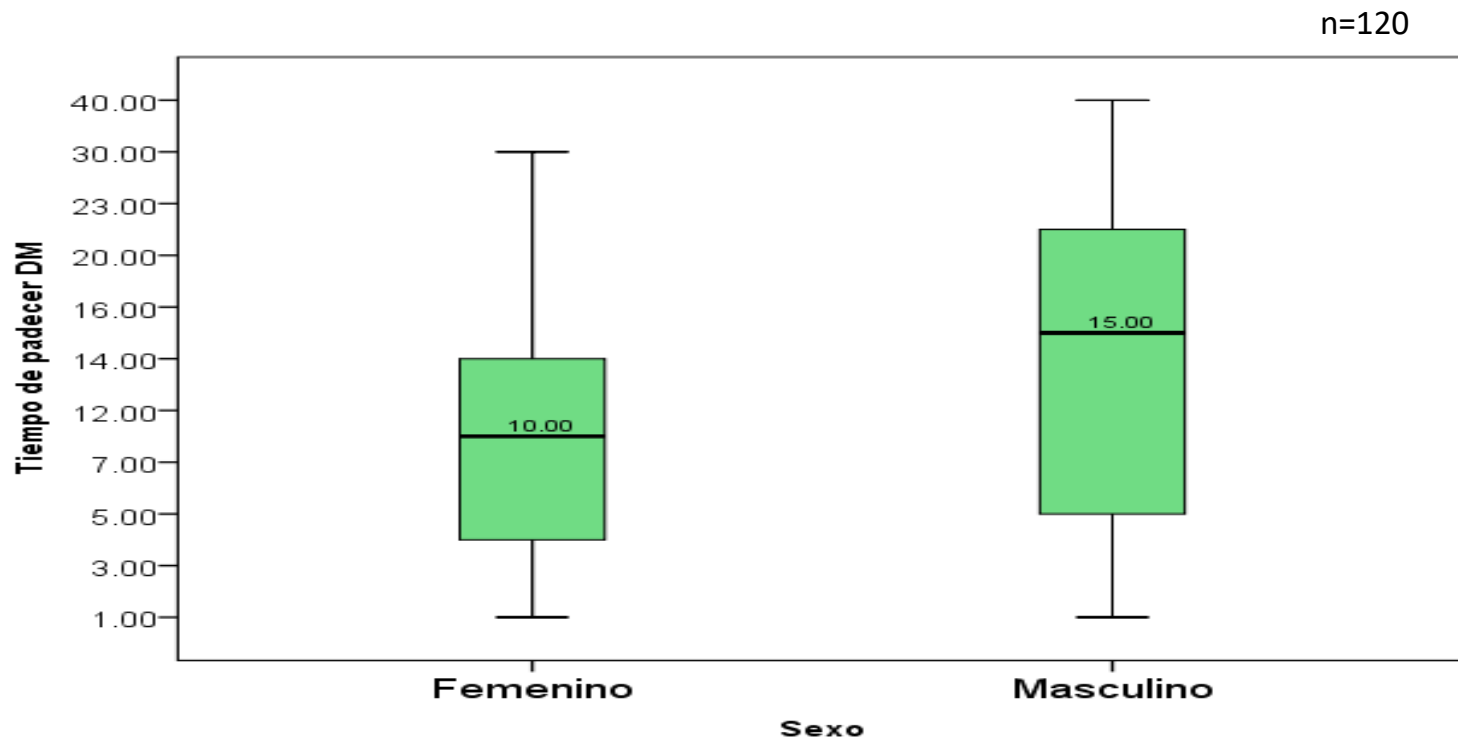
Edad y sexo de los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.



Fuente: Tabla 1.

Gráficos 2.

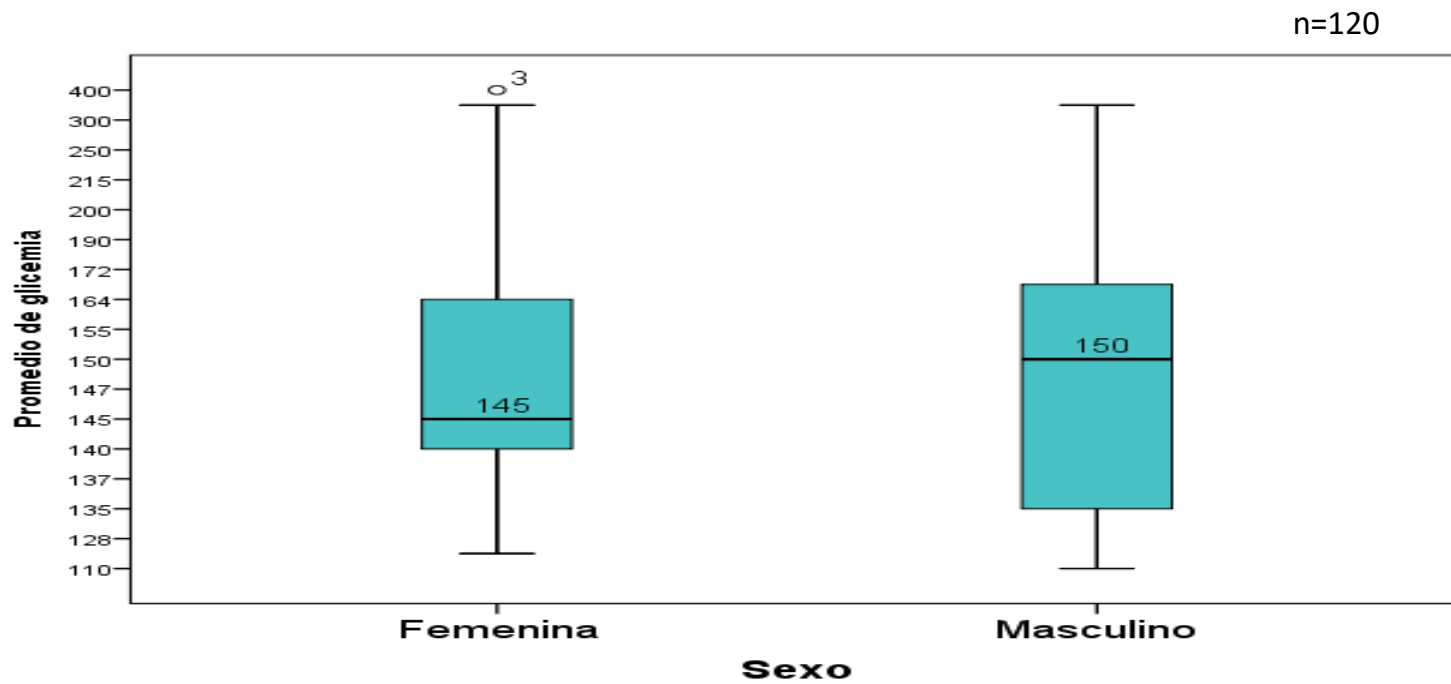
Sexo y tiempo de padecer DM de los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.



Fuente: Tabla 1 y 2.

Gráficos 3.

Sexo y Promedio de Glicemia de los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

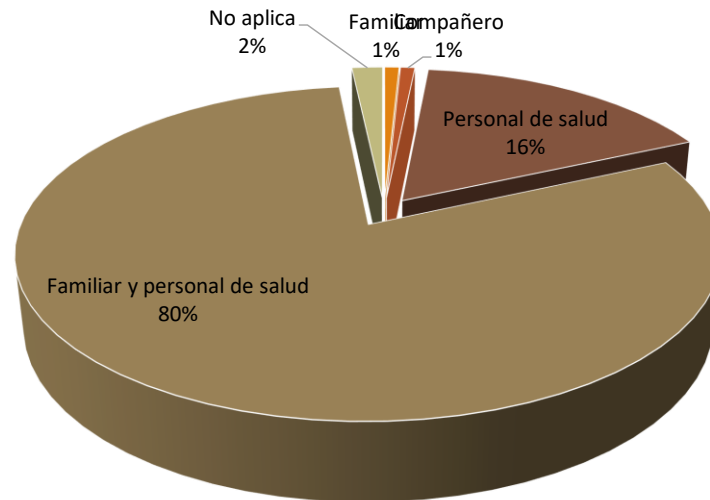


Fuente: Tabla 1 y 2.

Gráficos 4.

Quien le ha explicado sobre el padecimiento de diabetes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforosó Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

Quien le explico sobre el caso de hipoglicemia al padecer DM

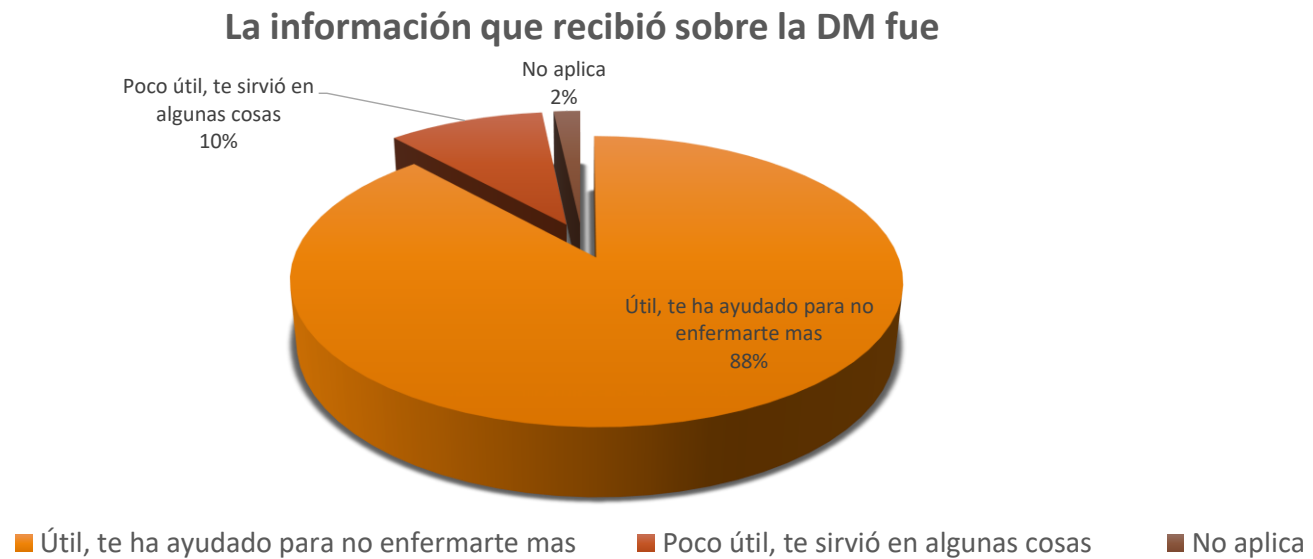


n=120

Fuente: Tabla 3.

Gráficos 5.

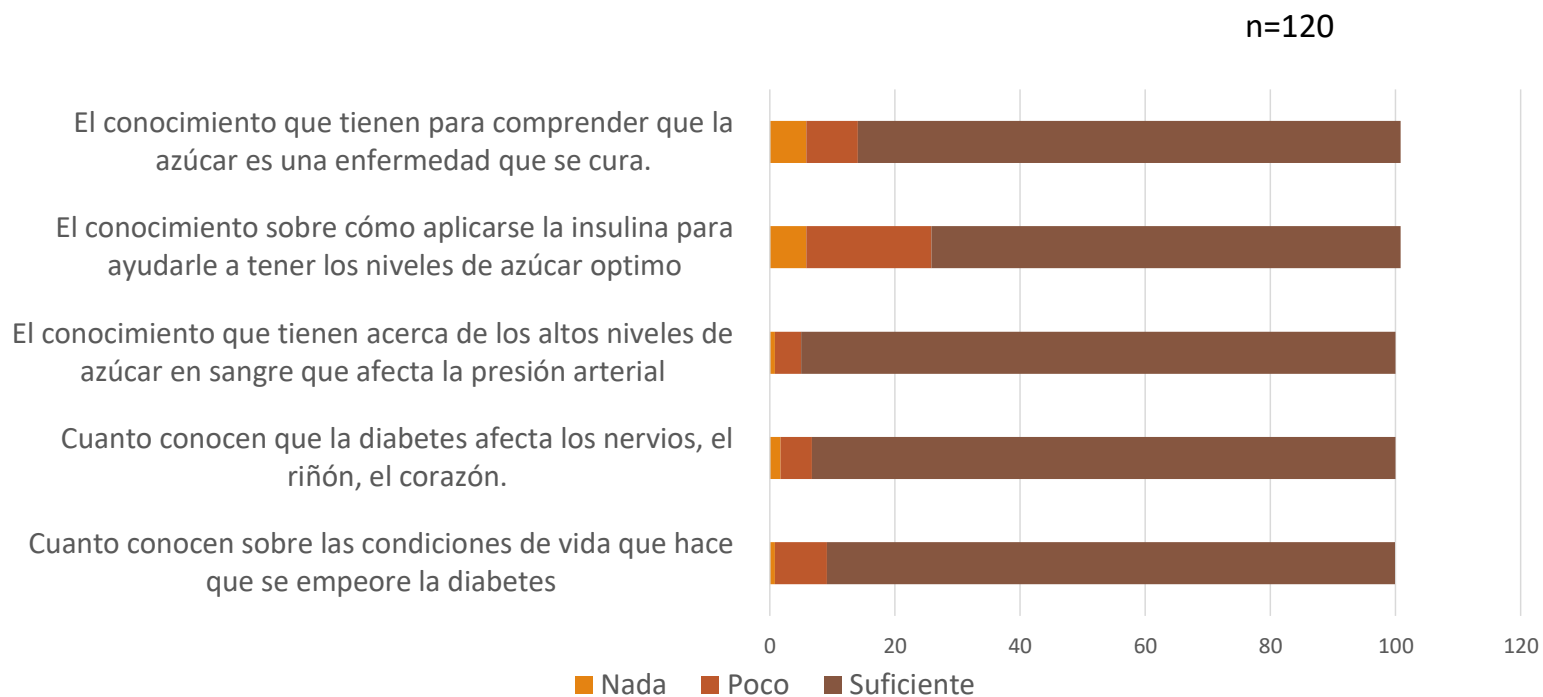
La información que recibió sobre Diabetes Mellitus fue útil a los paciente que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.



Fuente: Tabla 3

Gráficos 6.

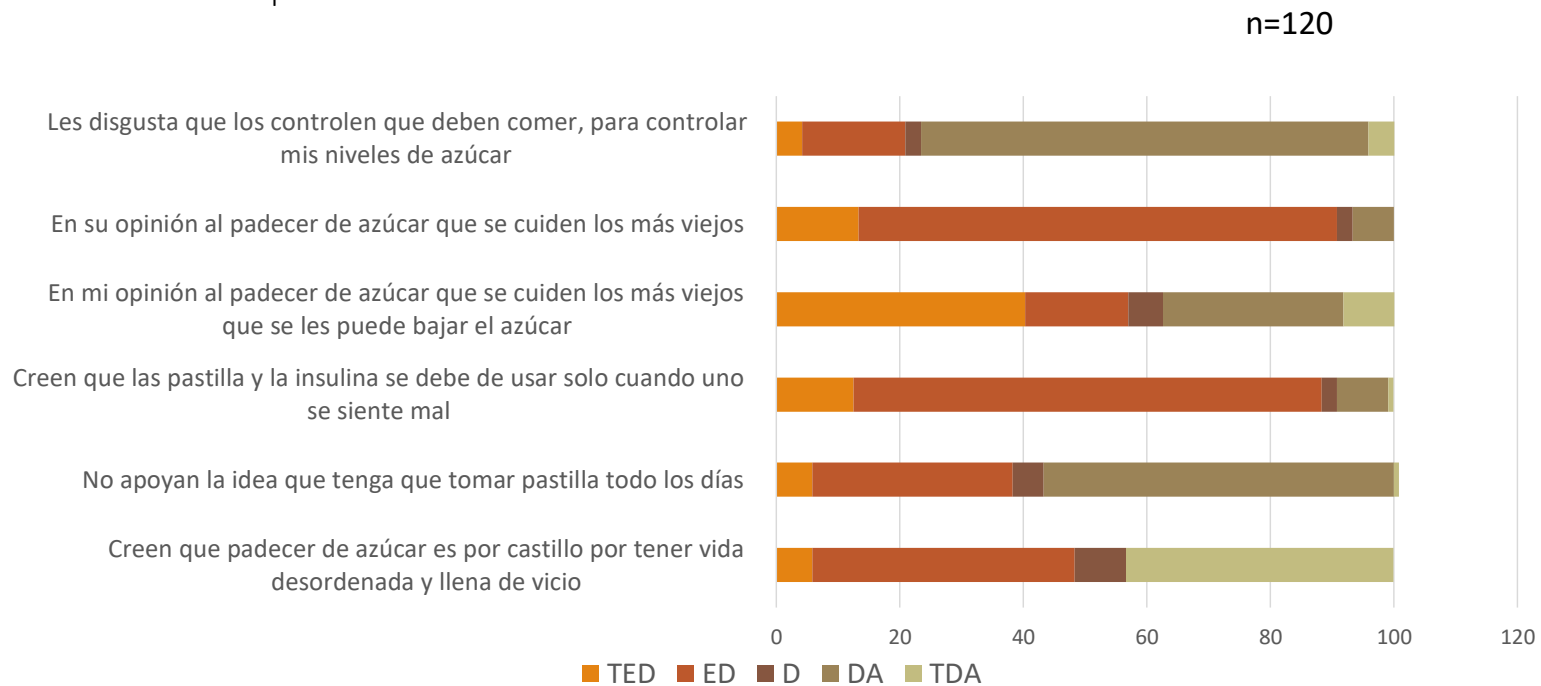
Conocimiento sobre la Diabetes Mellitus en paciente que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.



Fuente: Tabla 4.

Gráficos 7.

Actitud sobre la Diabetes Mellitus en paciente que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.



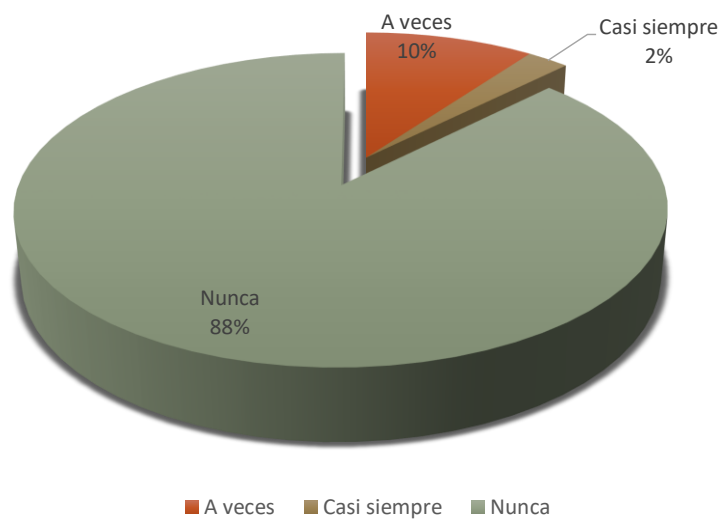
Fuente: Tabla 5.

Gráficos 8.

Frecuencia con que ha olvidado el tratamiento para la Diabetes en paciente que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

n=72

El tratamiento para la diabetes lo he olvidado

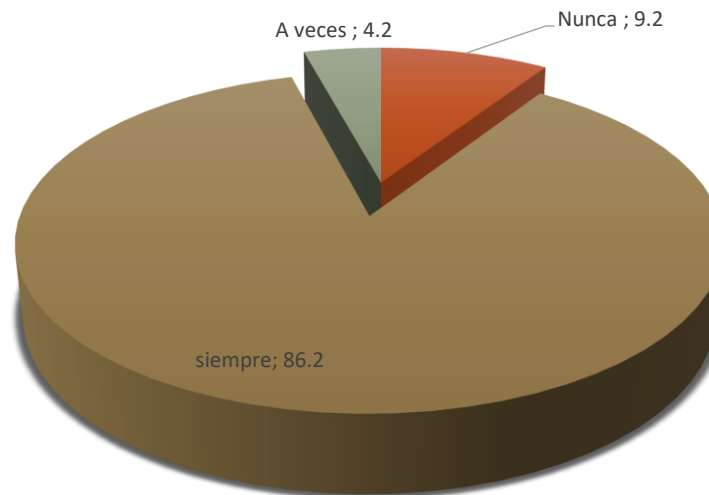


Fuente: Tabla 6.

Gráficos 9.

Lo que acuden al medico y al programa de pacientes diabéticos Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

n=120



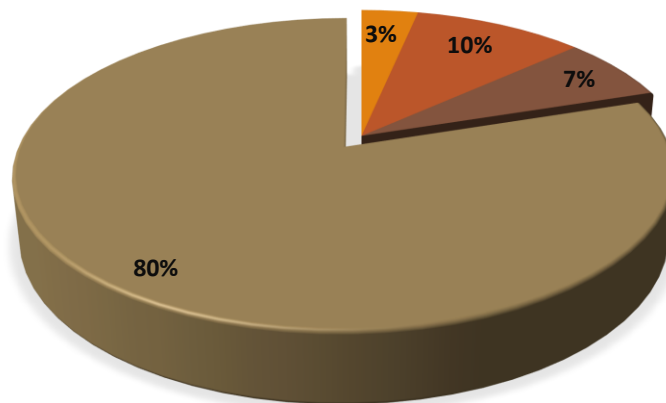
Fuente: Tabla 6.

Gráficos 10.

Han tenidos que acudir al medico a lo inmediato los paciente que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforosó Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.

HAN TENIDO QUE BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA A LO INMEDIATO POR

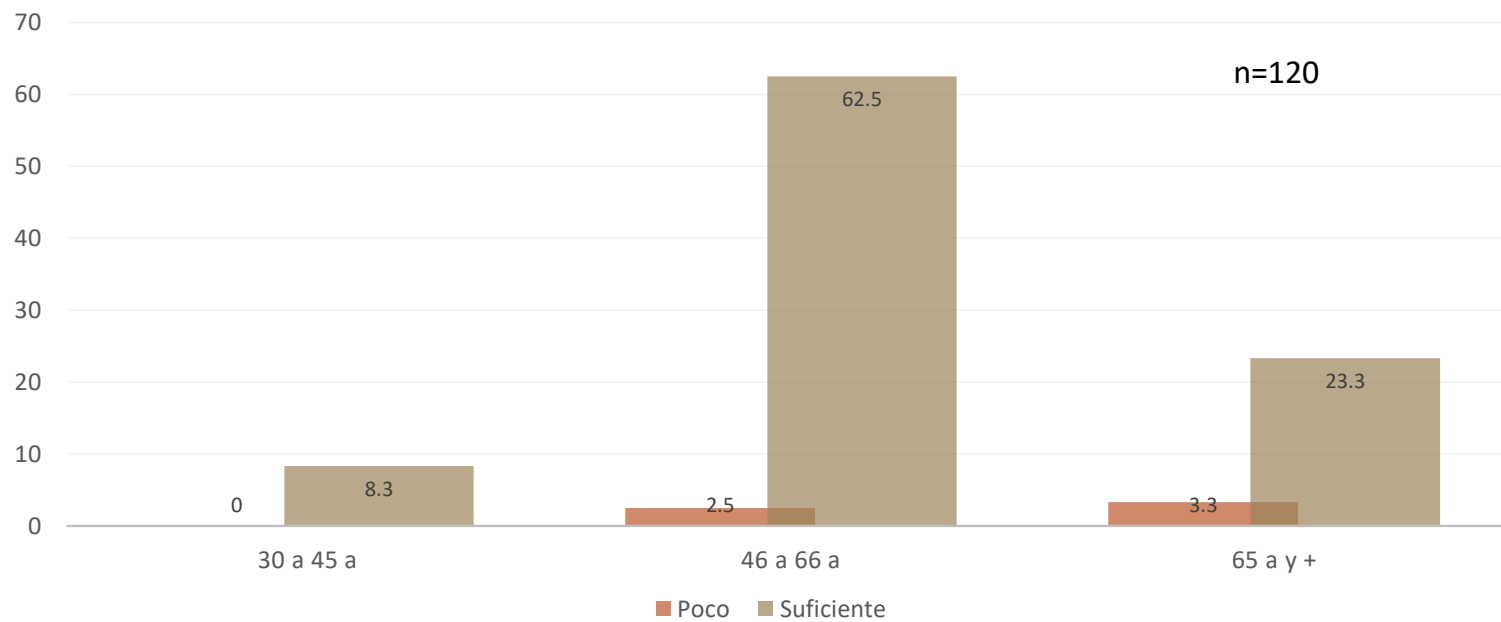
■ Por problemas en los pies ■ Por daño renal ■ Por daño visual ■ No han tenido ningún problema



Fuente: Tabla 6.

Grafico 11.

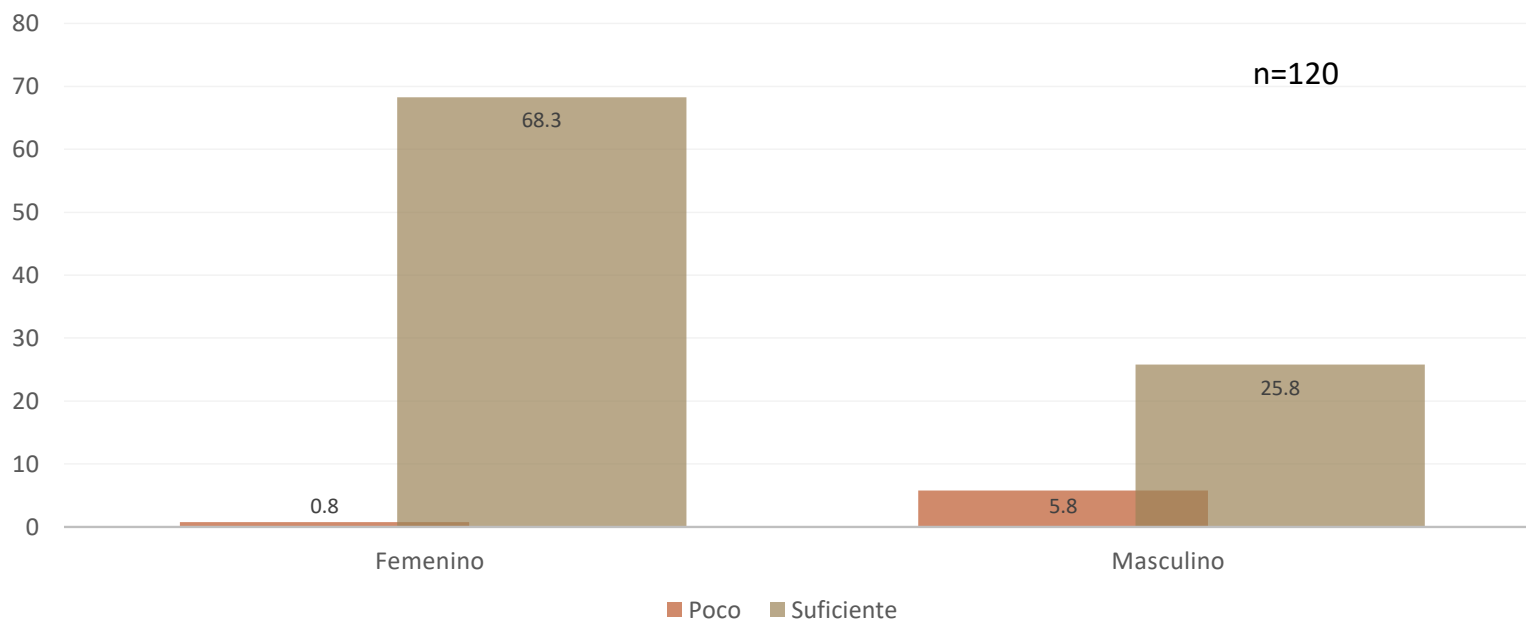
Nivel de Conocimiento sobre la Diabetes Mellitus según Edad de los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.



Fuente: Tabla 7.

Grafico 12.

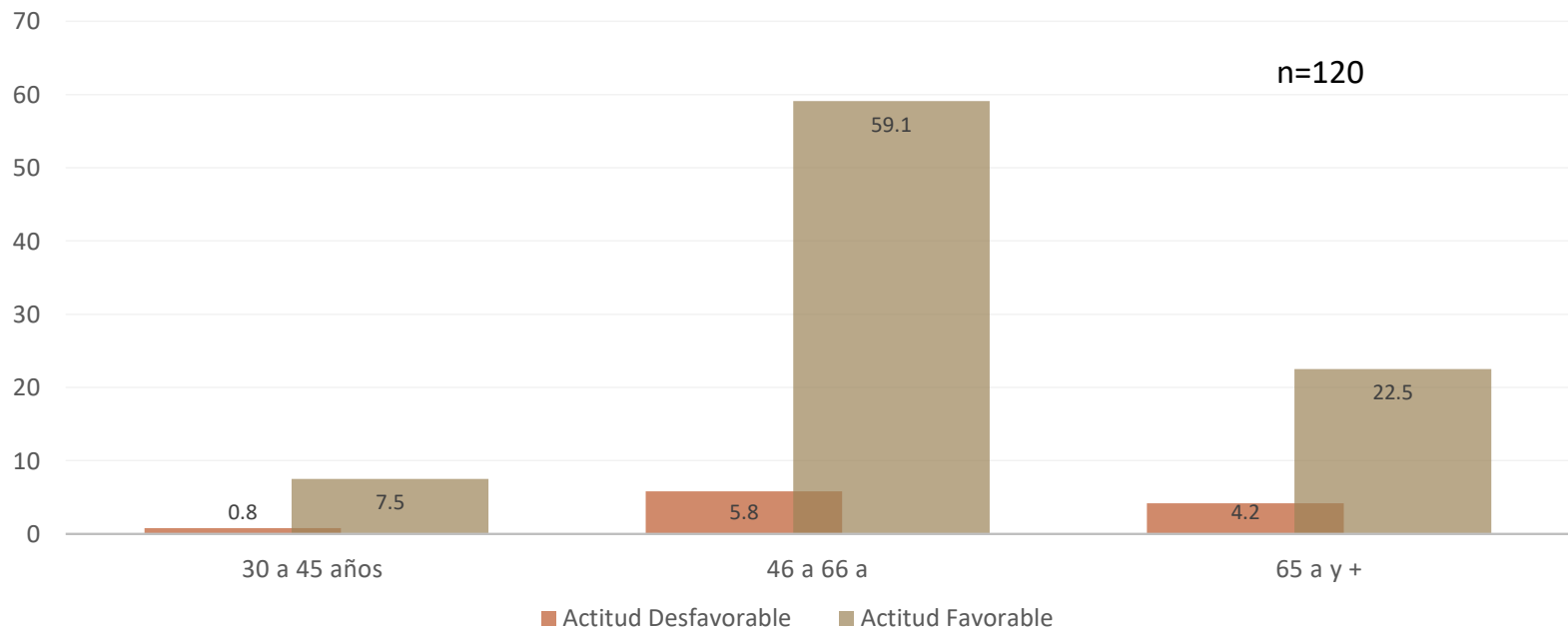
Nivel de Conocimiento sobre la Diabetes Mellitus según Sexo de los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.



Fuente: Tabla 7.

Grafico 13.

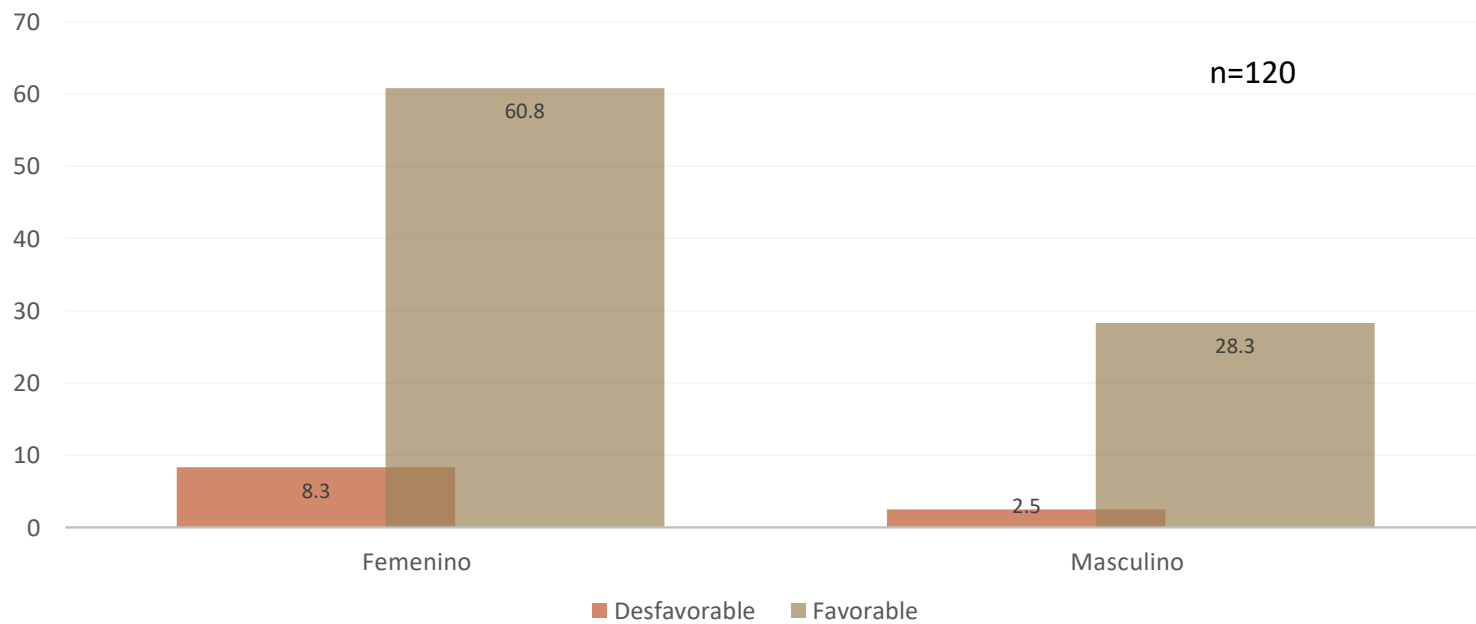
Grado de actitud sobre la Diabetes Mellitus según Edad de los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.



Fuente: Tabla 8.

Grafico 14.

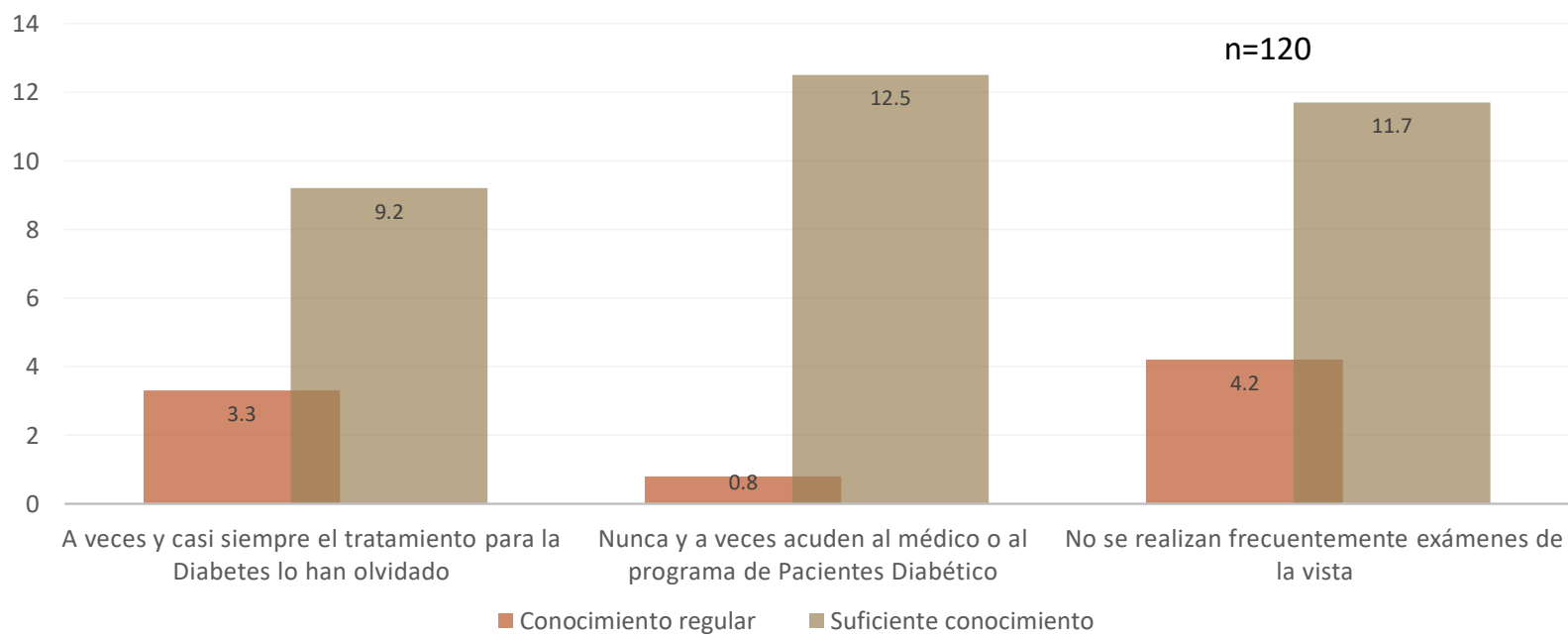
Grado de actitud sobre la Diabetes Mellitus según Sexo de los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinforoso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.



Fuente: Tabla 8.

Grafico 15.

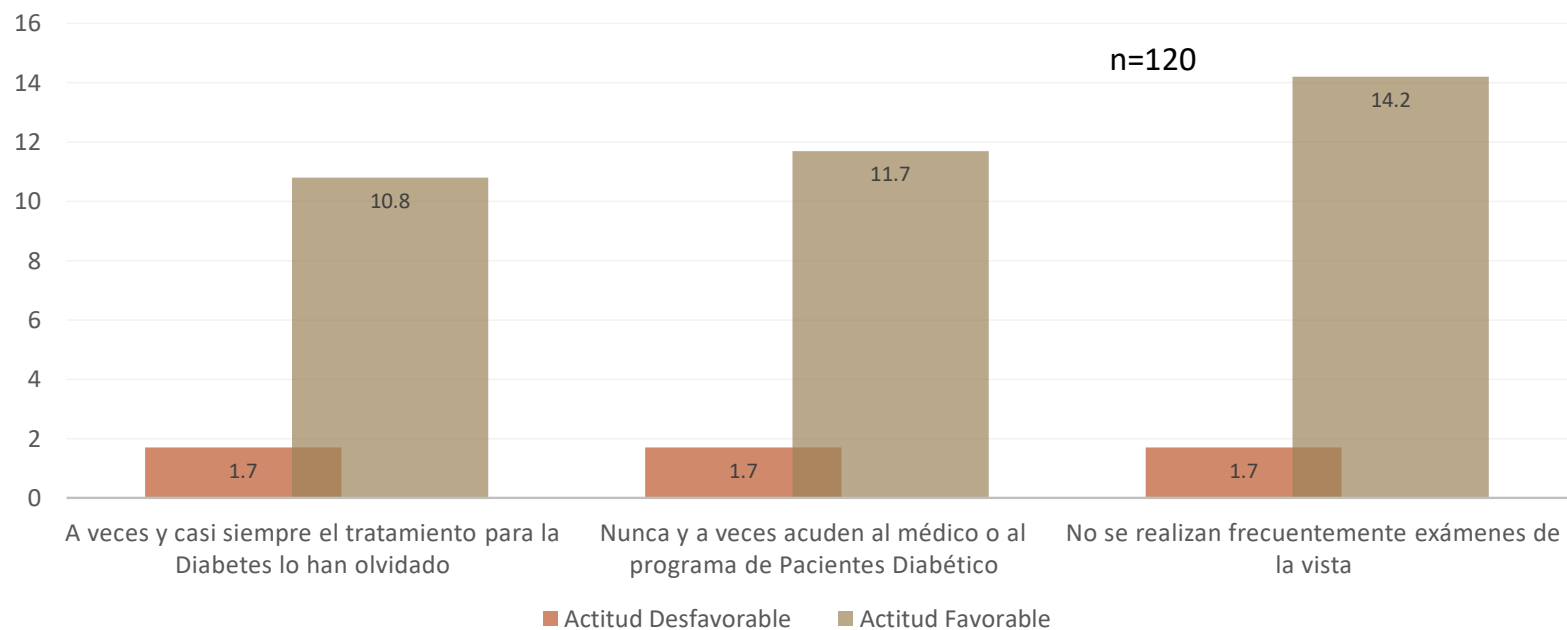
Nivel de conocimiento según Prácticas inadecuadas de los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.



Fuente: Tabla 9.

Grafico 16.

Grado de actitud según Prácticas inadecuadas de los pacientes que acuden al Centro de Salud Jorge Sinfaroso Bravo. Granada. Periodo primer semestre 2019.



Fuente: Tabla 9.