

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



TITULO:

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA
PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2, PUESTO DE
SALUD LA COMPAÑÍA, AYACUCHO 2019”**

**TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

ROBLES CANCHARI, Jhimimblaw Fayol.

AYACUCHO- PERU

2019

**Este trabajo de investigación
dedico a mis padres, con quienes
luché día a día para lograr mis
metas**

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiar nuestro camino y no dejar que nos demos por vencido ante las adversidades.

A nuestra familia por el apoyo constante e incondicional, para culminar nuestros estudios.

A nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, base para mi formación y realización personal y permitirme la oportunidad de emprender la carrera profesional.

A la Escuela Profesional de Enfermería y su plana docente, por la dedicación, entrega de conocimientos y experiencias, promoviendo una formación de calidad.

A nuestro asesor, Dr. Manglio Aguirre Andrade por su colaboración y apoyo durante la elaboración del presente trabajo de investigación.

Al Jefe del P.S la Compañía, por la apertura y apoyo, para recabar la información.

A todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a mejorar y enriquecer el contenido del presente estudi

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	02
ABSTRAC	03
INTRODUCCIÓN	04
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	11
• ANTECEDENTES DE ESTUDIO	11
• BASE TEÓRICA	21
• VARIABLES DE ESTUDIO	38
CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	40
CAPITULO III: RESULTADOS	45
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	63
ANEXOS	71

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2, PUESTO DE SALUD LA COMPAÑÍA, AYACUCHO 2019”

ROBLES CANCHARI, Jhimimblaw Fayol.

RESUMEN

El objetivo general de estudio fue: Determinar los conocimientos y actitudes frente a la prevención de la diabetes tipo 2, de usuarios que acuden al Puesto de Salud La Compañía, Ayacucho, 2019. **Materiales y métodos:** Estudio de tipo aplicada, diseño no experimental, correlacional de corte transversal. La población de estudio fueron usuarios de la jurisdicción del Puesto de Salud La Compañía, el tamaño de muestra fue establecido por un muestreo no probabilístico; la técnica de recolección de datos fue la entrevista, el instrumento fue un formato de entrevista estructurada y una escala tipo Likert. **Resultados:** El mayor porcentaje de la población abordada, que representa el 73.9% muestra una actitud indiferente frente a la prevención de la diabetes tipo 2, asimismo el mayor porcentaje de los usuarios, que representa el 63.5%, poseen un nivel de conocimiento regular sobre la prevención de la diabetes tipo 2; la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente al sexo, la edad y la procedencia de la población (X^2 Sexo: 0.570; $P > 0.05$) (X^2 Edad: 0.745; $P > 0.05$); el nivel de conocimiento frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente a la edad, sexo y procedencia de la población (X^2 Edad: 2.481; $P > 0.05$), (X^2 Sexo: 6.160; $P > 0.05$), (X^2 Procedencia: 6.160; $P > 0.05$). **Conclusión:** La actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente al nivel de conocimiento de los usuarios (Rho : 0.209, X^2 : 1.42; $P > 0.05$), de esta manera se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula. **Palabra clave:** conocimientos y actitudes a la prevención de la diabetes tipo 2.

“KNOWLEDGE AND ATTITUDES AGAINST THE PREVENTION OF TYPE 2 DIABETES, THE COMPANY'S HEALTH POSITION, AYACUCHO 2019”

ROBLES CANCHARI, Jhimimblaw Fayol.

ABSTRAC

The general objective of the study was: To determine the knowledge and attitudes towards the prevention of type 2 diabetes, of users who come to the Health Post La Compañía, Ayacucho, 2019. **Materials and methods:** Applied type study, non-experimental design, cross-sectional correlational. The study population were adult users from the jurisdiction of the Company Health Post, the sample size was established by non-probabilistic sampling; the data collection technique was the interview, the instrument was a structured interview format and a Likert scale. **Results:** The highest percentage of the population addressed, which represents 73.9%, shows an indifferent attitude towards the prevention of type II diabetes, also the highest percentage of users, representing 63.5%, have a regular level of knowledge about type 2 diabetes prevention; the attitude towards the prevention of type 2 diabetes is independent of sex, age and the origin of the population (X^2 Sex. 0.570; $P > 0.05$) (X^2 Age. 0.745; $P > 0.05$); The level of knowledge regarding the prevention of type 2 diabetes is independent of the age, sex and origin of the population (X^2 Age: 2481; $P > 0.05$), (X^2 Sex: 6.160; $P > 0.05$), (X^2 Origin: 6.160; $P > 0.05$). **Conclusion:** The attitude towards the prevention of type 2 diabetes is independent of the level of knowledge of the users (Rho : 0.209, X^2 .142; $P > 0.05$), in this way the research hypothesis is rejected and the null hypothesis.

Keyword: knowledge and attitudes to the prevention of type 2 diabetes.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, se calcula que el 2014, 422 millones de adultos fueron diagnosticados con diabetes, en comparación al año 1980, donde se identificaron 108 millones. Desde 1980, la prevalencia mundial de la diabetes se incrementó a casi el doble, del 4,7% al 8,5% en la población adulta; asimismo la prevalencia de diabetes ha aumentado con más rapidez en los países de ingresos medianos que en los de ingresos altos. La diabetes causó 1,5 millones de muertes en el 2012 y las elevaciones de la glucemia por encima de los valores ideales provocaron otros 2,2 millones de muertes por efecto de un aumento del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. De estas muertes, el 43% se produce antes de la edad de 70 años.⁰¹

En el Perú al 2017, el 3,3% de la población de 15 y más años de edad informó que fue diagnosticada con diabetes mellitus por un médico alguna vez en su vida; este porcentaje se incrementó en 0,4 puntos porcentuales con respecto al 2016. La población femenina fue la más afectada (3,6%) con respecto a la masculina (3,0%). Asimismo, por región natural, en el 2017, el mayor porcentaje de personas con diabetes se encuentran en Lima Metropolitana (4,1%) y Resto Costa (4,0%) y menor porcentaje en la Sierra (1,8%) y Selva (2,7%).⁰²

A la fecha la diabetes tipo II, es uno de los mayores problemas para los sistemas de salud de Latinoamérica. La expectativa de su incremento se basa en la alta prevalencia de las condiciones que preceden a la diabetes como la obesidad y la intolerancia a la glucosa. Aún más grave es que el 45% de los pacientes con diabetes ignoran su condición. En general la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.^{03, 04, 05}

El riesgo de diabetes de tipo II, se ve determinado por la interacción de factores genéticos y metabólicos. Dicho riesgo se eleva con factores étnicos, antecedente de diabetes en la familia, diabetes gestacional, presencia de edad avanzada, sobrepeso y obesidad, alimentación malsana, falta de actividad física y tabaquismo. El exceso de grasa corporal, cuya medición refleja varios aspectos del régimen alimentario y de la actividad física, es el factor que se asocia más estrechamente con el riesgo de diabetes de tipo II. Se calcula que el sobrepeso y la obesidad, además de la falta de actividad física, dan origen a una gran proporción de la carga mundial de diabetes; asimismo se ha establecido además, que un perímetro de la cintura aumentado y un mayor índice de masa corporal (IMC) se asocian con un mayor riesgo de diabetes de tipo II, aunque puede ser que la relación varíe en distintas poblaciones.^{06,07}

Sarabia, B., Can, AR. Guadalupe, J. (2015), realizaron el estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo de Diabetes Mellitus de tipo II en una población rural del estado de Campeche, donde determinaron que la edad promedio en la que se presenta la Diabetes Mellitus de tipo II es de 50.6 años, con predominio en mujeres, hay un incremento en el riesgo directamente proporcional a la edad; la obesidad representa el 61,5%, la dislipidemia un 41,3% y los antecedentes heredo-familiares el 36% de riesgo; en conclusión los factores de riesgo relacionados a Diabetes Mellitus de tipo II, en la población de Isla Aguada, fueron principalmente la obesidad y la dislipidemia, predominando más en mujeres y a mayor edad.⁰⁸

Diversos estudios, han demostrado que hasta un 50% de las personas afectadas desconoce su condición, o no han sido debidamente diagnosticadas. Se estima que en promedio un diabético pasa al menos dos años desde que aparece la enfermedad hasta que ésta es diagnosticada como tal.⁰⁹ A pesar de que existe un aumento de la prevalencia en todos los grupos etarios, el mayor número de personas

afectadas por diabetes, se encuentra en el grupo de entre 40 y 59 años de edad^{10,11}. Estos hechos demuestran el desconocimiento de la población sobre el impacto y riesgos que genera la enfermedad.

A raíz del incremento de los daños no transmisibles, como la diabetes tipo II, el Estado Peruano, en el año 2013, ha implementado la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, con el objetivo principal de fortalecer las acciones de prevención y control de los daños no transmisibles, en el marco de la Atención Integral de Salud, abordando a los factores determinantes y facultando a las personas para mejorar el control de su propia salud y adoptar conductas saludables; en este contexto se enfatiza la educación sanitaria, para mejorar los conocimientos y actitudes de la población frente a la prevención.

Prado LE, realizó un estudio en Arequipa con el objetivo de establecer la relación entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diabéticos del Hospital III Yanahuara 2015, donde se determinó que el 81% de la población tuvo conocimientos adecuados, el 57% posee una 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, sin embargo aquellos que poseían conocimientos no adecuados, tenían una actitud negativa en el 100%; asimismo no se encontró relación entre los conocimientos con las actitudes.⁵³

De acuerdo al estudio realizado por Silvano CS, Lazo AE, en Lima, cuyo objetivo fue determinar la efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima 2018, se evidenció que el 96,3% de pacientes del grupo experimental presentó nivel de conocimiento bajo sobre el autocuidado y el 88,9% prácticas inadecuadas antes de aplicar el programa; después

de su aplicación, el 51,9% presentó nivel de conocimiento regular y el 11,1% bueno; el 40,7% presentó prácticas en proceso de mejora y las prácticas inadecuadas bajaron a 59.3%⁵⁴, algo similar se identificó en el estudio realizado por Carrillo (2017)⁵⁵; en general en diferentes estudios, se evidencia, que gran parte de la población no cuenta con los conocimientos necesarios para prevenir la diabetes, por lo tanto las prácticas no son las apropiadas.

El problema de la Diabetes en la región, no es ajeno al resto del país, según la Dirección Regional de Ayacucho, en el periodo 2016 a 2018 se han registrado 940 casos de diabetes tipo II, representando el 93.7% del total de casos de diabetes, siendo los Distritos de Ayacucho, Huanta, Ayna, y San Juan Bautista con mayor proporción de los casos¹², asimismo se desconoce, que proporción de la población, tiene la información adecuada para prevenir la diabetes tipo 2, menos su actitud frente a ella.

En el caso de los establecimientos del primer nivel de atención, de la jurisdicción de la Red de Salud de Huamanga, como es el caso del P.S de Compañía, las estrategias, para afrontar la prevención y control diabetes tipo II, responden más a un enfoque recuperativo, es decir en función a las necesidades de la demanda, realizan el diagnóstico, para descartar la presencia de la enfermedad, y en efecto, gran parte de los casos que se detectan, se encuentran en estadios avanzados, y muchos de ellos presentan a su vez obesidad, hipertensión arterial, elevadas concentraciones de triglicéridos, colesterol, entre otros, trayendo consigo a su vez complicaciones múltiples. Muy pocas acciones se despliegan en el marco de las líneas de acción de la promoción de la salud; asimismo gran parte de la población, que acude a los servicios de salud, desconoce sobre el impacto que genera la diabetes en la salud, las condiciones que lo generan y sobre de los efectos que genera la enfermedad, en este contexto hace necesario comprender cómo son los

conocimientos y actitudes frente a la prevención de la diabetes tipo II, teniendo en cuenta las condiciones biológicas y sociales, de los usuarios que acuden al Puesto de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019.

En función a los antecedentes, se planteó el problema de investigación: ¿Cómo son los conocimientos y actitudes frente a la prevención de la diabetes tipo II, de los usuarios que acuden al Puesto de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019?.

La hipótesis planteada frente al problema fue:

- Hi: Los conocimientos se relacionan con la actitud, frente a la prevención de la diabetes tipo 2, de los usuarios que acuden al P.S de salud de compañía, Ayacucho, 2019.
- Ho: Los conocimientos no se relacionan con la actitud, frente a la prevención de la diabetes tipo 2, de los usuarios que acuden al P.S de salud de compañía, Ayacucho, 2019.

El objetivo general de estudio fue: Determinar los conocimientos y actitudes frente a la prevención de la diabetes tipo II, de usuarios que acuden al Puesto de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019. Los objetivos específicos fueron:

- a. Identificar la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a las condiciones biológicas, de los usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019.
- b. Identificar la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a la procedencia, de los usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019.
- c. Evaluar los conocimientos frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a las condiciones biológicas, de los usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019.

- d. Evaluar los conocimientos frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a la procedencia, de los usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019.
- e. Establecer el nivel de correlación entre los conocimientos y actitudes frente a la prevención de la diabetes tipo II, de usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019.

En general el propósito del estudio estuvo orientado a evaluar el nivel de conocimientos de la población adulta, así como determinar la actitud que tiene la población, respecto a la prevención de la diabetes tipo 2, de esta manera generar propuestas, para impulsar la promoción de la salud. El valor teórico del estudio fue contrastar la relación de los conocimientos, con la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo II, de los usuarios que acuden al P.S de salud de compañía; asimismo con los hallazgos plantear estrategias para abordar y enfrentar el problema latente, a mediano y largo plazo, por ende se constituye una investigación aplicada.

La metodología de estudio corresponde a un estudio de tipo aplicada, diseño no experimental, correlacional de corte transversal. La población de estudio fueron usuarios adultos de la jurisdicción del Puesto de Salud la Compañía, el tamaño de muestra fue establecido por un muestreo no probabilístico, el cual asciende a 115; la técnica de recolección de datos fue la entrevista, el instrumento fue un formato de entrevista estructurada y una escala tipo Likert. Resultados: El mayor porcentaje de la población abordada, que representa el 73.9% muestra una actitud indiferente frente a la prevención de la diabetes tipo II, asimismo el mayor porcentaje de los usuarios, que representa el 63.5% poseen un nivel de conocimiento regular sobre la prevención de la diabetes tipo 2; la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente al sexo, la edad y la procedencia de la población (X^2 Sexo.0.570; $P>0.05$) (X^2 Edad.0.745; $P>0.05$); el nivel de conocimiento frente a la prevención de

la diabetes tipo 2, es independiente a la edad, sexo y procedencia de la población (X^2 Edad: 2481; $P>0.05$), (X^2 Sexo: 6.160; $P>0.05$), (X^2 Procedencia: 6.160; $P>0.05$). En general la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente al nivel de conocimiento de los usuarios (Rho: 0.209, X^2 .142; $P>0.05$), de esta manera se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula.

El contenido de la presente es: Introducción, Capítulo I: Marco Teórico, Capítulo II: Materiales y Métodos, Capítulo III: Resultados, Capítulo IV: Discusión, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

1.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Castro AM., Fuentes CA., Reyes LA, en Honduras, realizaron el estudio: Conocimientos, prácticas y actitudes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Universidad Nacional Autónoma de Honduras en Valle de Sula 2017, con el objetivo: Determinar los conocimientos, prácticas y actitudes en relación a su enfermedad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la aldea El Nance, Campamento, Olancho, Octubre-Diciembre 2016. Métodos: Estudio descriptivo que incluyó todos los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la aldea el Nance, Campamento, Olancho. Se realizó una encuesta previa y luego se brindó educación a cada paciente. Resultados: La mayoría poseen conocimientos adecuados sobre la diabetes; 32.5% de los pacientes no realiza actividad física semanal; la mitad de ellos no cuenta con glucómetro; 55% de los pacientes asistiría a sus citas médicas si supiera que estará mejor. En general los pacientes diabéticos tipo 2 presentaron conocimientos adecuados acerca de los conceptos de la enfermedad, las complicaciones y algunas prácticas, siendo similar a los resultados de estudios centroamericanos.¹³

López M, Narváez O, en Nicaragua, realizaron el estudio: “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”, con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento y actitudes sobre diabetes mellitus en pacientes dispensarizados del centro de salud Francisco Morazán en el período de octubre del 2015. Para tal efecto se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, aplicados a Pacientes mayores de 30 años,

hombres y mujeres con diagnóstico de Diabetes Mellitus atendidos en dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán, con un universo de 1,245 pacientes que padecen de diabetes tipo II y que son atendidos en dispensarizados, se hizo un muestreo no probabilístico, por conveniencia donde la encuesta se realizaría de lunes a viernes en el área de dispensarizados durante el período de octubre del año 2015 y se encuestaron a 120 pacientes. Resultados y conclusiones: Los pacientes encuestados más afectados según la situación sociodemográfica se encontraron entre las edades de 51-60 años, predominantemente el sexo femenino y en su mayor porcentaje la raza mestiza; Con respecto a la escolaridad la mayoría de la población logro estudiar hasta primaria, y ya que la mayoría de los encuestados fue femenino la ocupación predominante fue ama de casa; con respecto a los conocimientos básicos, sobre el control glicémico y de la prevención y complicaciones acerca de Diabetes Mellitus la mitad de la población logró aprobar con buenos conocimientos y todos tuvieron una actitud favorable.¹⁴

Meneses C, en México, realizó el estudio: Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar 2014. El objetivo Determinar el grado de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes diabéticos de una Unidad de Medicina Familiar. Material y métodos: Estudio transversal observacional y descriptivo a 150 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a consulta en el periodo de octubre a diciembre del 2012 en la unidad de medicina familiar número 61 de Córdoba Veracruz. Mediante la utilización de una encuesta de evaluación que consta de 38 ítems que exploraron conocimientos teóricos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y que cumplieron con los criterios de selección. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 18. Resultados: Al comparar ambos sexos el conocimiento fue mayor en las mismas esferas con una media 7 ± 1.9 para el sexo femenino y de 6 ± 2.7 para el sexo

masculino. En conclusión el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en los 150 sujetos de nuestro estudio de la unidad de medicina familiar No. 61 de Córdoba Veracruz es bajo; no intervino el sexo, la edad, ocupación, escolaridad ni tiempo de diagnóstico solamente 3 pacientes que representan el 2% obtuvieron un nivel aceptable de conocimientos.¹⁵

Xiap (2014), realizó una tesis de maestría sobre “Nivel de conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad”, sustentada en la Universidad San Carlos de Guatemala, cuyo objetivo general fue medir el nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos tipo 1 y 2 sobre su enfermedad, siendo un estudio no experimental y método descriptivo – prospectivo, utilizando una muestra de 323 pacientes diabéticos tipo 1 y 2, teniendo como resultados que el 87.6% del total de pacientes diabéticos tienen un nivel de conocimiento Inadecuado sobre su enfermedad, el 90% de ellos corresponde al género femenino; el 98.8% se encuentran entre 4ta-6ta década de la vida, el 99.5% tienen una antigüedad de diagnóstico de la Diabetes de 10-20 años, el 77% son analfabetos o con 17 escolaridad primaria. Concluyendo que los pacientes diabéticos hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional de Occidente, tienen conocimientos inadecuados sobre su enfermedad con mayor proporción las mujeres, de la 4ta-6ta década de la vida, analfabetas o de nivel primario, sin apego a ningún programa de educación diabetológica continua, lo que hace implementar programas dirigidos a una población con las características mencionadas anteriormente.⁵⁶

1.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Guibert AL, Zamora CF, en Lima, realizaron el estudio: Evaluación de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del Hospital Cayetano

Heredia; y su asociación con la adherencia al tratamiento 2018, con el objetivo de establecer el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes que acuden a control en el servicio de Endocrinología del Hospital Cayetano Heredia (HCH); y su asociación con la adherencia al tratamiento. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo transversal, con una muestra de 210 pacientes a quienes se les aplicó el Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ24) para hallar nivel de conocimientos; y el Test de Morisky-Green para identificar adherencia al tratamiento. Para el análisis se utilizó la prueba T de student y regresión logística multivariada para buscar asociación entre las variables estudiadas y adherencia. Resultados: La mayoría de pacientes se encontraba en un rango de edad superior a los 55 años (69%), el género femenino predominó en la muestra (63.3%) y el 58.6% había realizado estudios a nivel de secundaria o superiores. El conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 se consideró adecuado en un 29.5%, en tanto que 25.7% de los pacientes presentó adherencia al tratamiento farmacológico. Se encontró asociación entre conocimientos y adherencia al considerarse el puntaje total obtenido en el cuestionario (OR=1.12 y p=0.034). Además, se halló una diferencia significativa entre las medias de los puntajes obtenidos entre adherentes versus no adherentes (15.3 vs 16.37 y p=0.0328). También se halló asociación entre provenir de zonas de provincia rural y la adherencia al tratamiento. Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre diabetes fue deficiente en la mayoría de pacientes, mientras que la adherencia completa al tratamiento farmacológico fue bajo. Mayores conocimientos sobre diabetes, está asociado a mejor adherencia al tratamiento.¹⁶

Barzola TI, Guimac AC, Horna MN, en Lima realizaron el estudio: Efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de diabetes mellitus II y prácticas de autocuidado 2017, cuyo objetivo fue determinar la efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de diabetes mellitus II y prácticas

de autocuidado en la Casa del Adulto de Surquillo. Material y Métodos: La población estuvo constituida por 78 adultos de ambos sexos, entre edades 50 a 70 años, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que asistieron a la Casa del Adulto de Surquillo. El estudio se realizó con dos grupos, que reúnen los criterios de selección en un total de 39 participantes en el grupo experimental y 39 en el grupo control, quienes participaron previo consentimiento informado. Se utilizó un cuestionario de 18 preguntas para medir el conocimiento. En el estudio se aplicó un pre-test y pos test, la variable de intervención fue un programa educativo, luego de dos meses se ejecutó el pos test. Resultados: Después de la intervención educativa el nivel de conocimiento sobre las prácticas de autocuidado en el grupo experimental resultó con un nivel alto con el 76.9%. Conclusión la intervención educativa fue efectiva resultando significativa en forma comparativa ($P < 0.05$).¹⁷

Carrillo EY, en Huánuco realizó el estudio titulado: Conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María – 2016. El objetivo fue establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María, 2016. Métodos: Estudio con enfoque cuantitativo, observacional, relacional de corte trasversal. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes con diabetes mellitus. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario para determinar conocimientos y actitudes y para la práctica una ficha de observación. El análisis estadístico fue mediante Chi Cuadrado, apoyándonos en el SPSS V22. Resultados: La edad promedio de los pacientes con diabetes mellitus fue de 55,6 años. Con predominio del sexo masculino [52,0% (26)]. Mayoritariamente el [48,0% (24)] alcanzó el nivel primario. El [54,0% (32)] no tiene conocimientos sobre autocuidado. El [84,0% (42)] tiene actitudes positivas frente al autocuidado de su enfermedad y el [52,0% (26)] de los pacientes con diabetes mellitus no tiene prácticas adecuadas en relación a su autocuidado. Conclusiones:

No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre autocuidado y las actitudes y prácticas en los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María.¹⁸

Nestares N, en Lima, realizó el estudio titulado “Actitudes de los adultos hacia la Prevención de Diabetes tipo II en un Centro de Salud en Lima Metropolitana, en el 2014” tuvo como objetivo Determinar las actitudes de los adultos hacia la prevención de diabetes tipo II en el Centro de Salud “Villa San Luis”. El enfoque fue cuantitativo, de nivel aplicativo, de método descriptivo y corte transversal. La población estuvo conformada por 101 adultos de 50 a 59 años de edad pertenecientes a la estrategia de Prevención y control de daños no transmisibles que respondieron a criterios de inclusión y exclusión. El instrumento que se utilizó fue la escala tipo Likert modificada y dentro de los resultados que se obtuvieron fueron: que de un total de 50 (100%) adultos encuestados; 14 (28%) presentaron actitud medianamente desfavorable, 13 (26%) presentaron actitud desfavorable, 12 (24%) presentaron actitud favorable y 11 (22%) presentaron actitud medianamente favorable hacia la prevención de Diabetes tipo II. Concluyéndose que Las actitudes que tienen los adultos del Centro de Salud Villa San Luis hacia la prevención de diabetes tipo II en la mayoría es desfavorable, por lo cual se estaría incrementando el riesgo de padecer la Diabetes tipo II con sus complicaciones.¹⁹

Calderón A, en Lima realizó el estudio: Nivel de conocimientos y aptitudes sobre complicaciones crónicas de la diabetes mellitus 2, Hospital Nacional PNP. Luis N. Saenz, Lima-Perú 2016; cuyo objetivo fue determinar la relación entre conocimientos y aptitudes en pacientes diabéticos sobre las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus 2 en el servicio de endocrinología del Hospital Nacional PNP Luis N. Suárez el 2016. Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional. Se encuestaron a 110 pacientes diabéticos con un cuestionario para

valorar los conocimientos (10 ítems con respuesta de selección múltiple) y otro para las aptitudes (tipo Lickert modificado). Los conocimientos se clasificaron como nivel alto, medio y bajo y las aptitudes como favorables, desfavorables e indiferentes según la Escala de Estanones. Se determinó la normalidad de las puntuaciones con la Prueba de Kolmogorov-Smirnov y las asociaciones con chi cuadrado, $P < 0.05$ y prueba de correlación de Pearson. Resultados: La edad media fue 49.85 ± 6.97 años, 74.5% sexo femenino, 75.5% con tiempo de enfermedad entre 1-5 años, 67.3% con buena adherencia al tratamiento farmacológico. El nivel de conocimientos fue: alto 28.2%, medio 49.1% y bajo 22.7%; y las aptitudes fueron: favorables 23.6%, desfavorables 58.2% e indiferentes 18.2%. No existe relación entre conocimientos y aptitudes ($p = 0.247$). Sólo se encontró asociación estadística entre conocimiento y tratamiento farmacológico, $P < 0.05$. Conclusión: Los pacientes diabéticos tienen un nivel de conocimiento medio sobre sus complicaciones crónicas y sus aptitudes fueron predominantemente desfavorables. Es necesario realizar estrategias educativas para mejorar los conocimientos y las aptitudes de los diabéticos.²⁰

Armijo FS, Flores JJ, en Chimbote, realizaron el estudio: Factores biológicos, sociales y culturales relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro. AA.HH. Esperanza Baja, Chimbote, 2014. Metodología: El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, tiene como objetivo conocer los factores biológicos, sociales y culturales relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro en el AA. HH. Esperanza Baja, Chimbote, 2014. Basado en el modelo de autocuidado de Dorothea Orem. La muestra poblacional estuvo constituida por 102 adultos maduros, de 35 a 60 años de edad. Para la recolección de datos se utilizó como instrumentos, el cuestionario de factores biológicos, aspecto socioeconómico, test de apoyo social percibido, test de información y cuestionario de creencias sobre la diabetes mellitus. El procesamiento

y análisis estadístico se realizó mediante el SPSS 20. Llegando a lo siguiente: Existe un nivel de autocuidado regular (51,0%). En factores biológicos: Edad y sexo guardan relación significativa con el nivel de autocuidado ($p < 0.05$). En factores sociales: Nivel socioeconómico guarda relación significativa con el nivel de autocuidado ($p < 0.05$). En factor cultural: Nivel de información existe una relación significativa con el nivel de autocuidado ($p < 0.05$) para la prevención de diabetes mellitus en el adulto maduro; y creencias sobre diabetes mellitus existe una relación significativa con el nivel de autocuidado regular ($p < 0.05$) para la prevención de diabetes mellitus en el adulto maduro.²¹

Melgarejo, en Lima, realizó el estudio titulado: Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP, Lima Perú 2012; estudio observacional analítico, se entrevistaron a 333 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. De los resultados, el 59% de los pacientes fueron del sexo masculino, y el 41% fueron del sexo femenino. El 50% de pacientes tenían grado de instrucción secundaria. La media de la edad en los pacientes del sexo masculino fue de 61.8 \pm 8.9 años, y para el sexo femenino fue de 53.8 \pm 7.7 años. El alfa de Crombach del instrumento fue 0.721. Concluye que el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes con Diabetes tipo 2 fue intermedio. El nivel de información que tienen los pacientes con Diagnóstico de Diabetes Tipo 2, respecto a las causas de su enfermedad, y entorno a las medidas preventivo promocionales fue intermedio. El nivel de información de los pacientes con Diabetes Tipo 2 acerca de las complicaciones Agudas y Crónicas a las que conlleva su enfermedad fue inadecuado.²²

Tello M, en Lima, realizó el estudio titulado "Nivel de conocimiento, actitudes y las prácticas de las medidas preventivas de la diabetes mellitus tipo 2 en los

trabajadores mayores de 35 años de los centros de aplicación productos unión y editorial imprenta Unión de la Universidad Peruana Unión-Lima, 2011”, cuyo objetivo fue Determinar / Identificar el nivel de conocimiento actitudes y las prácticas de las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2 en los trabajadores mayores de 35 años de los centros de aplicación Productos Unión y Editorial Imprenta Unión de la Universidad Peruana Unión –Lima, 2011. Metodología y material utilizado: El estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental; descriptivo transversal, recolección de datos se empleó un cuestionario de 42 preguntas; la población fue de 80 personas tomada en un 100%, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%. Resultados: En conocimiento, el 51.3% bueno, 33.7% regular, 11.2% muy bueno, 3,7% malo; actitudes, el 53,7% favorable, 43,7% totalmente favorable, 1,2 % favorable y desfavorable. Respecto a prácticas, el 37.5% regular, el 28,7% bueno, 25% malo, 5% muy bueno sólo el 3% muy malo. Conclusiones: - El nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2, en su mayoría bueno (51.3%), aunque existe también un 3.8% de la población presentó conocimientos malos. - Las actitudes frente a las medidas preventivas, son favorables (53.8%), sólo un 1.3% presentó actitud desfavorable. - Referente al nivel de prácticas sobre las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2, que presentan los trabajadores mayores de 35 años en su mayoría fue regular (37.5%), muy malo (3.8%), y malo (25%)”.²³

1.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES

Camasca IR, realizó el estudio: Conocimientos y actitudes de los pacientes y familiares sobre la diabetes, Ayacucho 2014; con el objetivo de evaluar los conocimientos y actitudes de los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad. El tipo de estudio fue no experimental de diseño descriptivo transversal.

Se consideró como población de estudio a los pacientes diabéticos y familiares de la ciudad de Ayacucho. El tamaño de la muestra fue de 110 personas, el sistema de muestreo fue por conveniencia. La unidad de análisis fue el paciente diabético y un familiar. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento de recolección de datos el cuestionario estructurado con preguntas cerradas, el mismo que ha sido tomado de López y Col. Resultados: El 100% de los pacientes y familiares conceptualizan correctamente la diabetes, 48.6% de los familiares y 51.4% de los pacientes reconocen los verdaderos síntomas de la diabetes. El 50% de los familiares y pacientes respectivamente reconocen que se debe controlar el consumo de grasas y harina, 52.5% de los pacientes y 47.5% de los familiares consideran que caminar y bailar es buen ejercicio para controlar la diabetes, sin dejar de mencionar que 44.8% de pacientes y 55.2% de familiares consideraron que trotar y montar bicicleta son buenos ejercicios para tal fin. Finalmente 48.1% de los pacientes y 51.9% de los familiares consideran que es necesario informar sobre los síntomas, dieta y ejercicio cuando se realiza la educación sanitaria para luchar contra esta enfermedad, solo 4 pacientes dijeron que es necesario informar sobre la disminución de la calidad de vida.²⁴

Quichua W, Quicaña E, realizaron una investigación titulado: Conocimientos de autocuidado de usuarios diabéticos que asisten a los consultorios externos del Hospital Regional de Ayacucho 2013, cuyo objetivo fue determinar el conocimiento del autocuidado de usuarios diabéticos que asisten a los consultorios externos del Hospital Regional de Ayacucho 2013. El estudio es de tipo descriptiva - correlacional Para ello los materiales y métodos significaron revisar y aplicar el Cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes; adaptado a nuestra realidad de Dora Florencia Hernández Gómez de Dubon. Facultad de Ciencias Médicas - USAC - Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala considerando las variables conocimiento y autocuidado en la alimentación, actividad física, en el tratamiento y cuidado de los

pies. La muestra estuvo conformada por 100 usuarios diabéticos de 40 a 60 años que asistieron a la consulta Externa del Hospital Regional de Ayacucho, durante el mes de abril del 2013. Los resultados indican que los usuarios que acuden a los consultorios externos de diabetes tienen conocimientos limitados del autocuidado en la alimentación, actividad física, en el tratamiento y cuidado de los pies. En conclusión: el conocimiento del autocuidado en la diabetes está asociado al grado de instrucción y asistencia a la consulta por parte del usuario diabético.²⁵

Mendoza G, realizó el estudio titulado: Incidencias de pacientes con diabetes descompensada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho – 2016. Objetivo: Determinar la incidencia de la diabetes descompensada en los pacientes mayores de 15 años ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Metodología: El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. Población: Pacientes mayores de 15 años que ingresaron a la unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital Regional de Ayacucho, que cumpla con los criterios de inclusión; la técnica fue la observación y se utilizó como instrumento un cuestionario. Resultados: Del 100% (34) de pacientes diabéticos hospitalizados, el 59% (20) tienen diabetes descompensada y el 41% (14) tuvieron diabetes no descompensada. Conclusión: Hay un elevado porcentaje de diabetes descompensada.⁵⁷

1.2. BASE TEORICA

1.2.1. DIABETES

A. DEFINICIÓN

“La Diabetes es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y a veces en la orina”.²⁶

La OMS, define a la diabetes mellitus como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), si persiste alta la glucosa con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.²⁷

La diabetes mellitus tipo 2 (DM) es un trastorno metabólico que lleva consigo causas diversas; su característica principal es la hiperglicemia crónica y sostenida junto a trastornos del metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina.²⁸

B. TIPOS DE DIABETES

Existen tres tipos de Diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional.²⁹

- **DIABETES TIPO 1:** Es una enfermedad autoinmune que destruye las células productoras de insulina del páncreas. Las personas con diabetes tipo 1 siempre dependen de las inyecciones de insulina para sobrevivir. Decenas de miles de niños y jóvenes adultos mueren cada año por falta de insulina. Hasta la fecha, no existe una terapia demostrada y al alcance de todos para prevenir o curar la diabetes tipo 1.

- **DIABETES TIPO 2:** Esta enfermedad es causada por una combinación de resistencia a la insulina y deficiencia de dicha hormona. Representa el 95% de los casos de diabetes en el mundo. Suele producirse con más frecuencia en personas de mediana edad o en ancianos. Las personas con diabetes tipo 2 suelen tratarse con pastillas, pero muchas también necesitan inyecciones de insulina. La diabetes tipo 2 es causa principal de enfermedad cardíaca y otras complicaciones. Se puede prevenir o retrasar notablemente mediante intervenciones sencillas y económicas eficientes. La OMS, define “La diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) como la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.
- **DIABETES GESTACIONAL (DMG):** Es una intolerancia a la glucosa que aparece o se detecta por primera vez durante el embarazo. Una DMG no diagnosticada o inadecuadamente tratada puede provocar que el bebé sea mayor de lo normal y que aumente el índice de muertes de madres y niños y de anomalías fetales.

La Organización Mundial de la Salud (1999) definió: El tipo 2 es la forma más común de Diabetes y se caracteriza por trastornos de la acción de la insulina y secreción de insulina, cualquiera de los cuales puede ser la característica predominante. Ambos están generalmente presentes en el momento en que esta forma de Diabetes se manifiesta clínicamente. Por definición, las razones específicas para el desarrollo de estas anomalías aún no se conocen.³⁰

Diabetes Mellitus Diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad sistémica, crónica degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia significativamente con la disfunción a largo plazo de riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos.³¹

C. FISIOPATOLOGÍA

Se ha demostrado que en la presentación de la diabetes mellitus tipo II hay dos factores involucrados: — Una disfunción de las células beta con falta de respuesta secretoria al estímulo de la glucosa sanguínea. — Una resistencia periférica a los efectos biológicos de la insulina, tanto por disminución del número de receptores insulínicos de la membrana celular, como de los receptores postmembrana, todo lo cual conduce a una excesiva producción de glucosa por el hígado y dificultades en la captación de ésta por el músculo y por los adipocitos.³²

Algunos autores plantean que el defecto primario radica en la célula beta, con deterioro en la secreción de insulina. Por otra parte la causa primaria con la insulino-resistencia como demostración radica en el hecho de que la obesidad produce insulino-resistencia y que la disminución del peso corporal reduce marcadamente la posibilidad de desarrollar una diabetes Mellitus. Se ha comprobado que la insulino-resistencia no se correlaciona solamente con la obesidad tal como clásicamente la entendemos, ya que es suficiente el aumento del tejido adiposo intra abdominal para que se condicione esta resistencia periférica a la acción de la insulina.³³

D. DIAGNÓSTICO

D.1. Síntomas

Los niveles de glucosa en la sangre pueden causar diversos problemas que están dados por frecuente micción (poliuria), sed excesiva (polidipsia), exceso de apetito (polifagia), fatiga, pérdida de peso y visión borrosa; sin embargo, la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas al inicio con niveles altos de azúcar en la sangre son completamente asintomáticas.³⁴

Los síntomas de la diabetes tipo 1 son: - Estar muy sediento, Sentirse hambriento, Sentirse cansado o fatigado, Tener visión borrosa, Perder la sensibilidad o sentir hormigueo en los pies, Perder peso sin proponérselo, Orinar con mayor frecuencia.

Los síntomas de la diabetes tipo 2 son: Aumento de la sed, Aumento de la micción, Aumento del apetito, pérdida de peso, Fatiga, Impotencia en los hombres, Infecciones que sanan lentamente, Visión borrosa. Es importante recordar que un paciente diabético es un paciente complejo que puede tener manifestaciones de su enfermedad a nivel de varios órganos aun sin sintomatología y hasta puede desconocer que padece la enfermedad.

D.2. Medios de Diagnóstico. - Entre los principales medios de diagnóstico están:³⁴

- Glucemia de ayuno (GA) plasmática mayor o igual a 126 mg/dl (7 mmol/l). Se define el ayuno como la no ingesta calórica por un lapso de por lo menos 8 horas.
- Glucemia plasmática post-ingesta de hidratos de carbono a las 2 horas mayor o igual a 200 mg/dl (11,1 mmol/l). Según el criterio de la OMS. Es decir con una carga de glucosa que contenga el equivalente a 75g de glucosa anhidra disuelta en agua.

- Hemoglobina glucosilada (HA1C) mayor o igual a 6,5%.
- Pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia ò crisis hiperglucemia, una glucosa plasmática al azar mayor o igual 200 mg/dl.
- Metas de Control Glucémico: Recomendadas por la ADA (Asociación Americana de Diabetes) para la diabetes mellitus 2. →A1c (hemoglobina glucosilada) debe ser < 7,0 % es la meta general. →Glucosa capilar preprandial 70-130 mg/dl. →Glucosa plasmática postprandial debe ser < 180.

E. FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES MELLITUS TIPO 2:

Para tratar de establecer los factores de riesgo de la DM2, se han utilizado como fuentes las guías de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de 2012, la guía europea sobre prevención de la DM2 (2) y la revisión de UpToDate actualizada en enero de 2015.³⁵

E.1. Factores de riesgo no modificables:

- Edad. La prevalencia de DM2 aumenta a partir de la mediana edad, y es mayor en la tercera edad.³⁶
- Raza/etnia. El riesgo de desarrollar DM2 es menor en individuos de raza caucásica que en hispanos, asiáticos, negros y grupos nativos americanos (indios, alaskaños, hawaianos, etc.), que además presentan una evolución más rápida a diabetes mellitus (DM).³⁵
- Antecedente de DM2 en un familiar de primer grado. Los individuos con padre o madre con DM2 tienen entre dos y tres veces (cinco o seis si ambos padres presentan la condición) mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.³⁷

- Antecedente de DM gestacional. Las mujeres con antecedentes de DM gestacional tienen alrededor de 7,5 veces mayor riesgo de DM2 en comparación con las mujeres sin la condición.³⁸
- Síndrome del ovario poliquístico. Este síndrome se ha asociado a alteraciones en la regulación de la glucosa en diferentes poblaciones; en Estados Unidos hasta un 40 % de las mujeres con síndrome del ovario poliquístico tiene alterada su regulación de la glucosa a los 40 años, y un meta análisis reveló aproximadamente tres veces mayor riesgo de DM gestacional en las mujeres con dicho síndrome, odds ratio de 2,94 (intervalo de confianza [IC] del 95 %: 1,70-5,08).³⁹

E.2. Factores de riesgo modificables:

- Obesidad, sobrepeso y obesidad abdominal. La obesidad (índice masa corporal [IMC] ≥ 30 kg/m²) y sobrepeso (IMC de 25-30 kg/m²) aumentan el riesgo de intolerancia a la glucosa y DM2 en todas las edades. Actúan induciendo resistencia a la insulina. Más del 80 % de los casos de DM2 se puede atribuir a la obesidad, y su reversión también disminuye el riesgo y mejora el control glucémico en pacientes con DM establecida. En el Nurses' Health Study el riesgo relativo (RR) ajustado por edad para DM fue 6,1 veces mayor para las mujeres con IMC >35 kg/m² que para aquellas con IMC < 22 kg/m². Igualmente, un aumento de 1 cm en el perímetro de cintura eleva el riesgo de DM2 y de glucemia basal alterada en un 3,5 y un 3,2 %, respectivamente.⁶ Los estudios que tratan de discernir la importancia relativa del perímetro de cintura en comparación con el IMC respecto al riesgo de desarrollar DM2 no han mostrado una importante ventaja de uno sobre el otro.³⁶

- Sedentarismo. Un estilo de vida sedentario reduce el gasto de energía y promueve el aumento de peso, lo que eleva el riesgo de DM2. Entre las conductas sedentarias, ver la televisión mucho tiempo se asocia con el desarrollo de obesidad y DM. La actividad física de intensidad moderada reduce la incidencia de nuevos casos de DM2 (RR: 0,70; IC del 95 %: 0,58-0,84), independientemente de la presencia o ausencia de intolerancia a la glucosa, como han demostrado diversos estudios.⁴⁰
- Tabaquismo. El consumo de tabaco se asocia a un mayor riesgo de DM2 dependiente dosis (cuantos más cigarrillos, mayor riesgo) (RR: 1,4; IC del 95 %: 1,3-1,6), según un metaanálisis de 25 estudios que analizan la relación. Dejar de fumar puede reducir el riesgo de DM. El beneficio es evidente cinco años después del abandono, y se equipara al de los que nunca fumaron después de 20 años.⁴⁰
- Patrones dietéticos. Una dieta caracterizada por un alto consumo de carnes rojas o precocinadas, productos lácteos altos en grasa, refrescos azucarados, dulces y postres se asocia con un mayor riesgo de DM2 independientemente del IMC, actividad física, edad o antecedentes familiares (RR: 1,6; IC del 95 %: 1,3-1,9). El riesgo fue significativamente mayor (RR: 11,2) entre los sujetos que consumen esta dieta y son obesos (IMC \geq 30 kg/m² frente a $<$ 25 kg/m²). En contraste, aquellos que siguen una dieta caracterizada por mayor consumo de verduras, frutas, pescado, aves y cereales integrales tienen una modesta reducción del riesgo (RR: 0,8; IC del 95 %: 0,7-1,0)³. En cuanto a la dieta mediterránea (alto contenido de frutas, verduras, cereales integrales y nueces y aceite de oliva como principales fuentes de grasa), el estudio PREDIMED concluyó que la dieta reduce la aparición de DM2 hasta un 40 %, sin necesidad de reducción de peso. Respecto a los componentes

individuales de la dieta, el consumo de productos lácteos bajos en grasa, fibra, nueces, café, café descafeinado y té verde a largo plazo disminuyen el riesgo de DM2 (un 7 % de reducción del riesgo por cada taza de café), aunque no se considera probada una relación causa-efecto para recomendar el consumo de café como estrategia preventiva.⁴⁰

- Trastornos de regulación de la glucosa. También llamados prediabetes o estados intermedios de hiperglucemia, incluyen glucemia basal alterada, tolerancia alterada a la glucosa y elevación de la hemoglobina glucosilada, y ya se han definido en apartados anteriores. Su presencia aislada o conjuntamente supone un mayor riesgo de DM2.⁴⁰
- Condicionantes clínicos asociados a mayor riesgo de DM2. Los pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca avanzada (clase III de la New York Heart Association [NYHA]) tienen mayor riesgo de desarrollar DM (RR = 1,7; IC del 95 %: 1,1-2,6)^{1,3}. La hipertensión arterial, el infarto agudo de miocardio y el ictus también se asocian con mayor riesgo de DM2.³⁵
- En cuanto a la DM inducida por fármacos, los antipsicóticos atípicos olanzapina y clozapina se asocian a un mayor riesgo de desarrollar DM2; entre los fármacos del área cardiovascular, la combinación de β -bloqueantes y diuréticos tiazídicos también se asocia al desarrollo de DM, al igual que otros fármacos, como glucocorticoides, anticonceptivos orales, ciclosporina, tacrolímús, antirretrovirales (por ejemplo, inhibidores de la proteasa), ácido nicotínico, clonidina, pentamidina y hormonas agonistas de la gonadotropina^{2,3}. Respecto a las estatinas, su uso confiere un pequeño aumento del riesgo de desarrollar DM y el riesgo es ligeramente mayor con tratamiento intensivo frente a moderado (RR: 1,12; IC del 95 %: 1,04-1,22).³⁵

- Otros factores. Se ha comprobado una relación en forma de U entre el peso al nacer y el riesgo de DM2. Un peso alto o bajo al nacer se asocia similarmente con mayor riesgo de DM2 durante la vida (odds ratio: 1,36 y 1,47, respectivamente). Los niños prematuros, cualquiera que sea su peso, también pueden estar en mayor riesgo de DM2. La lactancia materna se asocia con una disminución del riesgo de DM: un 15 % de reducción por cada año de lactancia hasta 15 años después del último parto; en las madres con DM gestacional no hay beneficios.³⁷

F. COMPLICACIONES

F.1. Complicaciones agudas:

- Hipoglicemia.- Es la complicación aguda más frecuente del tratamiento de la diabetes. La hipoglicemia está definida como una concentración de glucosa menor de 70 mg/dl, con síntomas o sin ellos. Si ésta es prolongada puede producir daño cerebral en menor o mayor medida y podría ser mortal. Algunas personas con diabetes pueden tener síntomas antes de alcanzar esta cifra debido a descensos rápidos y/o bruscos de la glucosa que son lo que desencadenan el cuadro clínico.²⁸
- Crisis hiperglicémica.- Las crisis hiperglicémicas se definen como aquellos episodios que cursan con concentraciones plasmáticas elevadas de glucosa generalmente mayor de 250 mg/dl donde el grado de alteración metabólica es lo suficientemente severo como para justificar y proceder inmediatamente con la hospitalización de emergencia, la corrección inmediata con hidratación e insulina con la finalidad de aumentar la probabilidad de una recuperación pronta y exitosa.²⁸

F.2. Complicaciones crónicas:

F.2.1. Macrovasculares

- Enfermedad cardiovascular.- La ECV es la principal causa de morbilidad y mortalidad en individuos con diabetes. Las condiciones comunes coexistentes con la DM-2, tales como la hipertensión arterial y la dislipidemia son claros factores de riesgo para ECV y la DM-2 por sí misma confiere un riesgo independiente. Personas con PA \geq 140/80 mmHg aparte de los cambios en el estilo de vida deberán iniciar terapia farmacológica antihipertensiva con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un bloqueador de los receptores de angiotensina (BRA).²⁸ Asimismo, se debe aconsejar a todas las personas a no fumar o no usar productos que contengan tabaco y considerar el uso de aspirina en promedio 100 mg/día (81-162 mg/día) como una estrategia de prevención primaria o secundaria.²⁸

F.2.2. Microvasculares

- Retinopatía.- La retinopatía diabética (RD) es una complicación microvascular crónica, específica de la diabetes. Es una causa importante de pérdida visual en adultos, con consecuencias médicas, sociales y financieras significativas. En la actualidad la fotocoagulación con láser es efectiva para reducir la pérdida visual, sin embargo no restituye la visión; como el tratamiento se dirige a prevenir la pérdida visual, es importante identificar y tratar la enfermedad en las etapas tempranas. La RD progresa ordenadamente desde cambios mínimos hasta formas más graves si no se interviene terapéuticamente. La detección de RD es el procedimiento médico con relación costo/efectividad más alta.⁴¹
- Nefropatía.- La creatinina sérica debe ser usada para estimar la tasa de filtrado glomerular las cuales deberán ser evaluadas por lo menos una vez al año en adultos con diabetes independientemente del grado de excreción

urinaria de albúmina. El tamizaje para la excreción urinaria de albúmina deberá ser realizado por la medición de la relación albúmina/creatinina en una muestra aleatoria de orina. Se dice que las recolecciones de 24 horas o minutas son las más costosas y añaden poco a la predicción y exactitud.^{28,42}

- Neuropatía (pie diabético).- Todas las personas con diagnóstico de DM-2 deben ser tamizadas para polineuropatía distal simétrica al momento del diagnóstico y luego al menos anualmente a través de pruebas clínicas. La presencia de síntomas y las combinaciones de más de una de estas pruebas tiene un 87% de sensibilidad en la detección de polineuropatía distal simétrica. La disminución de la sensibilidad vibratoria predice las úlceras del pie y, un buen examen clínico es un predictor de riesgo de ulceración en los pies.²⁸

G. PREVENCIÓN DE LA DIABETES

Dado que es muy difícil intervenir a toda la población para realizar prevención de DM2, las acciones se deben focalizar hacia los sujetos en alto riesgo de desarrollarla, entre ellos se considera:³⁵

- Todas las personas mayores de 45 años con un IMC ≥ 25 , todas las personas menores de 45 años y con IMC ≥ 25 que tengan además uno o más de los siguientes factores de riesgo: Familiares en primer grado de consanguinidad que tengan diabetes.
- Estilo de vida predominantemente sedentario.
- Historia de diabetes gestacional.
- Haber tenido abortos a repetición o haber dado a luz un bebé con peso ≥ 3.800 g ó mortinato.

- Hipertensión arterial (Tensión arterial \geq 140/90).
- Colesterol de HDL \leq 35 mg/dL y/o triglicéridos \geq 150 mg/dL.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Historia personal de enfermedad cardiovascular.
- También se ha desarrollado una tabla similar a la Tabla de Riesgo Cardiovascular de Framingham, que permite tener un estimado del riesgo de desarrollar DM2 para una persona en particular, un puntaje \geq 10 tiene una muy buena sensibilidad y especificidad, aunque posee un valor predictivo positivo relativamente bajo.

La prevención de la diabetes tipo II está orientado a:³⁵

- Formular planes de intervención para prevenir y controlar la diabetes tipo II.
- Fortalecer la promoción de la salud, estableciendo alianzas estratégicas y promoviendo la participación social.
- Identificación de personas con riesgo.
- Fortalecer la calidad de atención del primer nivel de atención, asimismo mejorar el acceso de la población a los servicios de salud.
- Modificar los comportamientos de riesgo como:
 - Mejorar la calidad de alimentación.
 - Evitar el sedentarismo, promoviendo la actividad física.
 - Mantener un estado nutricional adecuado.
 - Evitar fumar, consumo de sustancias psicoactivas, etc.

Diversas medidas han sido evaluadas con el fin de retrasar o prevenir su aparición, entre las cuales se incluyen cambios en el estilo de vida, fármacos insulinosensibilizadores, e inhibidores de la absorción de

carbohidratos y lípidos, con resultados esperanzadores. En la actualidad, los cambios en el estilo de vida, entendidos en el contexto de un apoyo multidisciplinario al paciente, constituyen la intervención de mayor impacto. Por otro lado, diversas clases de fármacos empleados en estudios de prevención de eventos cardiovasculares han demostrado cierto efecto en retrasar o prevenir la aparición de diabetes mellitus tipo II, lo cual abre un nuevo escenario para los estudios que se desarrollarán en el mediano plazo.³⁶

La Organización Panamericana de la Salud, con el propósito de reducir las enfermedades no transmisibles entre ellas la diabetes, establece el plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Este plan de acción contempla cuatro líneas estratégicas y está en consonancia con los 25 indicadores y las 9 metas que figuran en el marco mundial de vigilancia integral de la OMS.³⁶

- a. Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT: Fortalecer y promover medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno y la sociedad, incluida la integración en las agendas económicas, académicas y de desarrollo.
- b. Factores de riesgo y factores protectores de las ENT: Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores, haciendo hincapié en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables; emplear estrategias de promoción de la salud basadas en la evidencia e instrumentos de política, incluidas la reglamentación, la vigilancia y medidas voluntarias; y abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.

- c. Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo: Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las cuatro ENT principales (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) y otras que tengan prioridad a nivel nacional, con énfasis en la atención primaria de salud que incluya la prevención y un mejor autocuidado.
- d. Vigilancia e investigación de las ENT: Fortalecer la capacidad de los países para la vigilancia y la investigación sobre las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, y utilizar los resultados de la investigación como sustento para la elaboración y ejecución de políticas basadas en la evidencia, programas académicos y el desarrollo y la ejecución de programas.

1.2.2. EL CONOCIMIENTO

A. Definición:

Mario Bunge define el conocimiento "Como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto"; considera que "...el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia". ⁴³

Desde el punto de vista pedagógico "...conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón"⁴⁴

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo define como acto y contenido. Dice que el "conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al procesamental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los

actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico”⁴⁵

El ser humano es un inagotable constructor de conocimiento, ya que la constante interacción entre él y la realidad a la que está circunscrito, le brindan la oportunidad de generar nuevas ideas sobre los hechos que le rodean, y estas a su vez van evolucionando en la medida que los avances tecnológicos y científicos van generando nuevos conocimientos. La salud es “el goce de un alto nivel de bienestar mental y social, por tanto, el conocimiento que el ser humano tenga influye en la toma de decisiones en relación a su salud”.⁴⁶

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por si solos, poseen un menor valor cualitativo.⁴⁶

B. TIPOS DE CONOCIMIENTO:

B.1. Conocimiento intuitivo.- Es aquel conocimiento que utilizamos en nuestra vida cotidiana y nos permite acceder al mundo que nos rodea, de forma inmediata a través de la experiencia, ordenando en hechos particulares, es decir, tratando de relacionarla con algún evento o experiencia que hayamos vivido y se relacione con lo que estamos apreciando, nos permite resolver problemas, reaccionar a estímulos, nuevos obstáculos y situaciones inéditas. Es un conocimiento que se adquiere sin la necesidad de emplear un análisis o un razonamiento anterior.⁴⁶

B.2. Conocimiento empírico.- El conocimiento empírico se refiere al saber que se adquiere por medio de la experiencia, percepción, repetición o investigación. Este

tipo de saber se interesa por lo que existe y sucede, no se interesa en lo abstracto. Es la experiencia que se tiene del medio natural, se produce a través de nuestros sentidos y de la manera en cómo se percibe la realidad.⁴⁶

B.3. Conocimiento filosófico.- A través de la historia de la humanidad, la necesidad por conocer lo que es el hombre, el mundo, el origen de la vida y saber hacia dónde nos dirigimos ha sido una gran inquietud. Las respuestas se han ido acumulando y han surgido muchas más preguntas, es aquel razonamiento puro que no ha pasado por un proceso de praxis o experimentación metodológica para probarlo como cierto.⁴⁶

B.4. Conocimiento científico.- Russell (1959), sostiene que dicho conocimiento, es apoyado por una suposición y su comprobación, que siguió un método riguroso y que sus conclusiones son objetivas, esto es, independientemente de la voluntad o subjetividad de las personas que participan en el proceso de investigación. El conocimiento científico se apoya de la investigación, analizar, buscar una explicación factible, reconocer y recorrer un camino para llegar a largas conclusiones.⁴⁶

1.2.3. ACTITUD.-

A. Definición:

Para definir el concepto actitud, se tomará en cuenta la definición establecida por Tomas Ibáñez Gracia. Para este autor la actitud es un constructo teórico; es decir, no se refiere a nada que pueda ser observado directamente, sino que es una variable intermediaria o una estructura hipotética que se infiere a partir de conductas observables en sus consecuencias. Su utilidad es que nos permite explicar el vínculo que hay entre ciertos objetos sociales y el comportamiento que la gente tiene hacia

éstos; es decir, tiene un carácter mediador. En otras palabras, una actitud no es una cosa, sino una relación. –Además, tiene un carácter dinámico u orientador de la conducta, por ello se espera que la gente sea congruente con sus actitudes a la hora de actuar. La actitud es una estructura cognoscitiva-emocional que canaliza la significación de los objetos y orienta el comportamiento hacia los objetos.⁴⁷

Fishbein y Ajzen, (1975), sostienen como la predisposición aprendida a responder de una manera consistente favorable o desfavorablemente, respecto al objeto dado⁴⁸. Disposición relativamente duradera hacia cualquier característica de una persona, lugar o cosa” (Liebert, Neale, 1984).⁴⁹

B. Componentes de las actitudes:

Partiendo de la conceptualización del modelo tridimensional de Rosenberg y Hovland, la actitud es una predisposición a responder a una clase de estímulo, con cierta clase de respuesta, pudiendo ser estas respuestas tanto afectivas como cognitivas o conductuales. Estos componentes tienen las siguientes características:⁵⁰

- **Componente Afectivo:** son los sentimientos o emociones que provoca el objeto de actitud y pueden ser positivos o negativos.
- **Componente Cognitivo:** en este se incluye el modo como se percibe al objeto de actitud y los pensamientos, ideas y creencias sobre él. Las percepciones o información pueden ser favorables o desfavorables.
- **Componente conductual:** es la tendencia o predisposición a actuar de determinada manera en relación con el objeto de actitud.

1.3. VARIABLES DE ESTUDIO:

1.3.1. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

- **Variable 01:** Los conocimientos frente a la prevención de la diabetes tipo 2.
- **Variable 02:** Actitudes frente a la prevención de la diabetes tipo 2.
- **Variables intervinientes:**
 - Edad
 - Sexo
 - Grado de instrucción.
 - Procedencia

1.3.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimiento	Es saber si la persona tiene la información suficiente, sobre la diabetes mellitus tipo II.	La determinación de los conocimientos, se establecerá mediante una entrevista estructurada, luego se utilizará una escala vigesimal para evaluar el nivel de conocimientos.	Definición Factores de riesgo Diagnóstico	Total de preguntas acertadas, sobre total de preguntas formuladas	Escala Vigés: <ul style="list-style-type: none">• Muy Defic.• Deficiente• Regular• Bueno• Muy Bueno

Actitud	<p>La actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente o un objeto cognoscitivo, el cual puede ser clase o un conjunto de fenómenos, cosas, eventos, comportamientos e incluso construcciones hipotéticas (Kerlinger 1987).</p>	<p>La determinación de la actitud, se establecerá mediante una Escala de Likert.</p>	<p>Cognitivo</p> <p>Afectivo</p> <p>Conductual</p>	<p>Cuenta con información adecuada sobre la diabetes tipo 2.</p> <p>Existe predisposición para prevenir la diabetes tipo 2</p> <p>Cumple con diversas medidas para evitar la diabetes tipo 2.</p>	<p>Escala Ordinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorable • Indiferente • Desfavorab.
---------	---	--	--	---	--

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE DE ESTUDIO:

El presente estudio está enmarcando en el enfoque cuantitativo. Hernández et al., (2010), sostienen que “El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer con exactitud los resultados de los patrones de comportamiento en una población”.⁵²

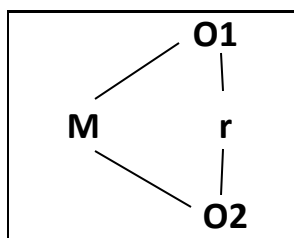
2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Según Hernández et al., (2010), el estudio es de tipo aplicada, es decir depende de los descubrimientos y avances de la investigación básica, pero se caracteriza por su interés en la aplicación, utilización y puesta en práctica de los conocimientos.⁵²

2.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio pertenece a un diseño no experimental, de tipo correlacional, de corte transversal. Hernández et al., (2010), sostienen que “En estos estudios se valora la relación o el nivel de dependencia entre dos variables”. Los estudios correlacionales examinan la relación o asociación existente entre dos o más variables, en la misma unidad de investigación o sujetos de estudio.⁵¹ Canales et al., (1994), sostiene que “El estudio es transversal cuando se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo”.⁵²

Esquema:



Donde:

M: Muestra

O: Variable 1.

O: Variable 2.

R: Relación de las variables de estudio.

2.4. AREA DE ESTUDIO:

El estudio, se realizó en el Puesto de Salud la Compañía, perteneciente al Distrito de Pacaycasa, Provincia de Huamanga, Región de Ayacucho. Dicho establecimiento pertenece a la Red de Salud Huamanga. El establecimiento de salud pertenece al primer nivel de atención, en la categoría I.1.

2.5. POBLACION:

La población de estudio estuvo constituido por usuarios jóvenes y adultos del ámbito de jurisdicción del Puesto de Salud La Compañía, que asciende a un total de 1500, estableciéndose los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Los criterios de inclusión serán:

- Usuarios de ambos sexos, mayor a 18 años y menor de 60 años.
- Usuarios que aceptan participar en el estudio.
- Usuarios que pertenecen a la jurisdicción del establecimiento.
- Usuarios que residen en la jurisdicción al establecimiento de salud

Los criterios de exclusión son:

- Usuarios de ambos sexos, menor de 18 años y mayor de 60 años.

- Usuarios que no pertenecen a la jurisdicción del establecimiento.
- Usuarios que no residen en la jurisdicción del establecimiento de salud

2.6. MUESTRA:

El tamaño de la población de estudio fue determinado mediante un muestreo no probabilístico intencionado, abordando a un total de 04 usuarios por día hábil, durante el periodo de 30 días; en total la muestra estuvo conformado, por 115 usuarios que acudieron al establecimiento de salud.

2.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.

Para evaluar los conocimientos y actitudes en la población, se hizo uso de la técnica de la entrevista.

Para evaluar el nivel conocimiento, respecto a la prevención de la diabetes, se utilizó el formato de entrevista estructurada, el cual valora las siguientes dimensiones (Anexo 01):

- Definición de la diabetes tipo 2.
- Factores que condiciona la diabetes tipo 2.
- Criterios de diagnóstico y efectos que genera la diabetes tipo 2.
- Prevención de la diabetes tipo 2.

Cada dimensión consta de preguntas básicas, y hacen un total de 20 ítems, las respuestas correctas se valoran con un punto y las incorrectas se valoran con cero, luego se aplicó una escala vigesimal, clasificando el resultado global en la forma siguiente:

- (0-5) Muy Deficiente.
- (6-10) Deficiente.

- (11-14) Regular
- (15-17) Bueno.
- (18-20) muy Bueno.

Para evaluar la actitud, se utilizó el Test de Likert (Anexo 02), que consta de 20 ítems, respecto a los componentes afectivos, conductual y cognitivo. Cada ítem valora mediante la entrevista, la predisposición de los usuarios adultos, frente a la prevención de la diabetes tipo 2, los cuales tienen la siguiente puntuación:

- 01: Completamente en desacuerdo.
- 02: Desacuerdo.
- 03: Indeciso.
- 04: De acuerdo,
- 05: Completamente de acuerdo.

Finalmente los valores totales se clasificaron en la forma siguiente

	Actitud	PUNTAJE
1	Desfavorable	33 - 77
2	Indiferente	78 - 121
3	favorable	121 - 165

Respecto a la validez, los instrumentos fueron adaptados, del estudio realizado por Carrillo, EY., titulado: “Conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María – 2016”.

2.8. RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de datos se realizó en 3 momentos:

- Primer momento: Se obtuvo una carta de presentación de la decanatura, con dicho documento se solicitó la autorización ante el establecimiento de salud, para administrar los instrumentos.

- Segundo momento: Administración del instrumento en el EE.SS.
- Tercer momento: Recolección de los instrumentos.

2.9. PROCESAMIENTO DE DATOS.-

El procesamiento se realizó en la forma siguiente:

- Control de calidad de los instrumentos recolectados.
- Codificación de los ítems.
- Elaboración de la base de datos.
- Posteriormente los datos fueron procesados de manera informática empleando el paquete estadístico SPSS STATICS.

2.10. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados se presentaron en cuadros estadísticos simples y compuestos, cada una de ellas con sus respectivas interpretaciones y luego se determinó las conclusiones de la investigación. Para establecer la correlación se utilizó la prueba no paramétrica de Spearman o Chí cuadrado.

CAPITULO III
RESULTADOS

TABLA N° 01
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA
DIABETES TIPO 2, DE USUARIOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD LA
COMPAÑÍA, AYACUCHO, 2019.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FREC.	ACTITUD		TOTAL
		INDIFERENTE	FAVORABLE	
MUY DEFICIENTE	N°	4	0	4
	%	3,5%	0,0%	3,5%
DEFICIENTE	N°	25	7	32
	%	21,7%	6,1%	27,8%
REGULAR	N°	52	21	73
	%	45,2%	18,3%	63,5%
BUENO	N°	4	2	6
	%	3,5%	1,7%	5,2%
TOTAL	N°	85	30	115
	%	73,9%	26,1%	100,0%

Fuente: Entrevista aplicada a los usuarios que acuden al Puesto de Salud.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	P
	2,142a	3	0,544

En la tabla N° 01 se observa, que del total de la población abordada, el 73.9% muestra una actitud indiferente frente a la prevención de la diabetes tipo 2, y solo el 26.15 muestra una actitud favorable a la prevención de la diabetes tipo 2. Respecto al nivel de conocimientos, el 63.5% poseen un nivel de conocimiento regular sobre la prevención de la diabetes tipo 2, 27.8% posee conocimiento deficiente, 3.5% muy deficiente y solo el 5.2% posee un nivel de conocimiento bueno sobre la prevención de la diabetes tipo 2. De los que poseen una actitud favorable, el mayor porcentaje posee conocimiento regular; aplicando la prueba de chí cuadrado se establece que la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente al nivel de conocimientos de la población ($X^2.142$; $P>0.05$)

TABLA N° 02

ACTITUD FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2, CONFORME A LAS CONDICIONES BIOLÓGICAS, DE LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL P.S DE SALUD LA COMPAÑÍA, AYACUCHO, 2019.

CONDICIÓN BIOLÓGICA		FREC.	ACTITUD		TOTAL	
			INDIFERENTE	FAVORABLE		
SEXO	FEMENINO	N°	59	23	82	
		%	51,3%	20,0%	71,3%	
	MASCULINO	N°	26	7	33	
		%	22,6%	6,1%	28,7%	
	TOTAL		N°	85	30	115
			%	73,9%	26,1%	100,0%
EDAD	18-29 AÑOS	N°	61	19	80	
		%	53,0%	16,5%	69,6%	
	30-59 AÑOS	N°	24	11	35	
		%	20,9%	9,6%	30,4%	
	TOTAL		N°	85	30	115
			%	73,9%	26,1%	100,0%

Fuente: Entrevista aplicada a los usuarios que acuden al Puesto de Salud.

X2: SEXO/ACTITUD			X2: EDAD/ACTITUD		
Valor	gl	P	Valor	gl	P
0,570a	1	,450	0,745a	1	,388

En la tabla N° 02 se observa la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a las condiciones biológicas, de los usuarios que acuden al Puesto de Salud La Compañía, Ayacucho 2019, al respecto según el sexo, del 26.1% que posee actitud favorable a la prevención de la diabetes tipo 2, el 20% pertenece al sexo femenino y el 6.1% pertenece al sexo masculino, en general se advierte que el mayor porcentaje de la población abordada pertenece al sexo femenino que representa el 71.3%. Aplicando la prueba de chí cuadrado se establece que la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente al sexo de la población ($X^2.0.570$; $P>0.05$).

Respecto a la edad, del total de la población que muestra una actitud favorable a la prevención de la diabetes tipo 2, el 16.5% pertenece entre 18 a 29 años, es decir representa a la población joven; mientras el 9.6% pertenece entre 30

a 59 años, es decir representa a la población adulta. Respecto al nivel de indiferencia el 51.3% pertenece a los jóvenes y 22.6% a los adultos. Aplicando la prueba de chí cuadrado, se establece que la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente a la edad de la población ($\chi^2.0.745$; $P>0.05$).

TABLA N° 03

ACTITUD FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2, CONFORME A LA PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL P.S DE SALUD LA COMPAÑÍA, AYACUCHO, 2019.

PROCEDENCIA	FREC.	ACTITUD		TOTAL
		INDIFERENTE	FAVORABLE	
URBANO	N°	45	16	61
	%	39,1%	13,9%	53,0%
RURAL	N°	40	14	54
	%	34,8%	12,2%	47,0%
TOTAL	N°	85	30	115
	%	73,9%	26,1%	100,0%

Fuente: Entrevista aplicada a los usuarios que acuden al Puesto de Salud.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	P
	,001 ^a	1	,970

En la tabla N° 03 se evidencia que el 53% de los usuarios que proceden de la zona urbana, de los cuales el 39.1% se muestra indiferente a la prevención de la diabetes tipo 2 y el 13.9% se muestra favorable. El 47% procede de la zona rural, de ellos 34.8% posee una actitud indiferente y el 26.1% una actitud favorable; en general aplicando la prueba de chí cuadrado, se establece que la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente a la procedencia de la población (X^2 : 0.001; $P > 0.05$).

TABLA N° 04

NIVEL DE CONOCIMIENTOS FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2, CONFORME A LAS CONDICIONES BIOLÓGICAS DE LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL P.S DE SALUD LA COMPAÑÍA, AYACUCHO, 2019.

CONDICIÓN BIOLÓGICA		FREC.	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL
			MUY DEFIC.	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	
EDAD	18-29 AÑOS	N°	3	19	53	5	80
		%	2,6%	16,5%	46,1%	4,3%	69,6%
	30-59 AÑOS	N°	1	13	20	1	35
		%	0,9%	11,3%	17,4%	0,9%	30,4%
	TOTAL	N°	4	32	73	6	115
		%	3,5%	27,8%	63,5%	5,2%	100,0%
SEXO	FEMENINO	N°	4	18	55	5	82
		%	3,5%	15,7%	47,8%	4,3%	71,3%
	MASCULINO	N°	0	14	18	1	33
		%	0,0%	12,2%	15,7%	0,9%	28,7%
	TOTAL	N°	4	32	73	6	115
		%	3,5%	27,8%	63,5%	5,2%	100,0%

Fuente: Entrevista aplicada a los usuarios que acuden al Puesto de Salud.

X ² : EDAD/CONOCIMIENTO			X ² : SEXO/CONOCIMIENTO		
Valor	gl	P	Valor	gl	P
2,481a	3	0,479	6,160a	3	0,104

En la tabla N° 04 se observa el nivel de conocimientos frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a las condiciones biológicas de los usuarios que acuden al Puesto de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019. Respecto a la edad, en la etapa joven (18-29 años), el 46.1% posee un conocimiento regular 16.5% deficiente y solo el 4.3% posee un nivel de conocimiento bueno (2.3% tienen un conocimiento muy deficiente). En la etapa adulta (30-59 años) el 17.4% posee un nivel de conocimiento regular y 11.3% posee un nivel de conocimiento deficiente. Aplicando la prueba de chí cuadrado, se establece que el nivel de conocimiento frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente a la edad de la población (X²: 2481; P>0.05).

Respecto al sexo, el 47.8%, que representa al sexo femenino, poseen un nivel de conocimiento regular frente a la prevención de la diabetes tipo 2; mientras el 15.7% que representa al sexo masculino posee un nivel de conocimiento regular. Respecto al nivel de conocimiento deficiente, el 15.7% representa al sexo femenino y el 12.2% al sexo masculino. Aplicando la prueba de chí cuadrado se establece que el nivel de conocimiento frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente al sexo de la población (X^2 : 6.160; $P > 0.05$).

TABLA N° 05
NIVEL DE CONOCIMIENTOS FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2, CONFORME A LA PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL P.S DE SALUD LA COMPAÑÍA, AYACUCHO 2019.

PROCEDENCIA	FREC.	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL
		MUY DEFC.	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	
URBANO	N°	2	17	39	3	61
	%	1,7%	14,8%	33,9%	2,6%	53,0%
RURAL	N°	2	15	34	3	54
	%	1,7%	13,0%	29,6%	2,6%	47,0%
TOTAL	N°	4	32	73	6	115
	%	3,5%	27,8%	63,5%	5,2%	100,0%

Fuente: Entrevista aplicada a los usuarios que acuden al Puesto de Salud.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	P
	0,042a	3	0,998

En la tabla N° 05 se evidencia, que el 53% de la población que acude al establecimiento de salud, procede de la zona urbana, de los cuales el 33.9% posee un nivel de conocimiento regular, 14.8% deficiente. 47% procede de la zona rural de los cuales 29.6% posee conocimiento regular y 13% deficiente. Aplicando la prueba de chí cuadrado se establece que el nivel de conocimiento frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente a la procedencia de la población (X^2 : 6.160; $P > 0.05$).

TABLA N° 06
NIVEL DE CORRELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO II, DE USUARIOS QUE
ACUDEN AL PUESTO DE SALUD LA COMPAÑÍA, AYACUCHO, 2019.

VARIABLES	CATEGORIAS	CONOCIMIENTO	ACTITUD
CONOCIMIENTO	Coeficiente de correlación	1,000	0,209*
	Sig. (bilateral)	.	0,025
	N	115	115
ACTITUD	Coeficiente de correlación	0,209*	1,000
	Sig. (bilateral)	0,025	.
	N	115	115

En la tabla N° 06 se observa el nivel de correlación entre los conocimientos y actitudes frente a la prevención de la diabetes tipo 2, de los usuarios que acuden al Puesto de Salud La Compañía, Ayacucho 2019, para el efecto se utilizó la prueba de correlación se Spearman, el cual arroja un valor de 0.209 y un nivel de significancia menor a 0.05, determinándose un nivel de correlación débil entre ambas variables.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

A la fecha la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), está condicionado por factores de riesgo no modificables y factores de riesgo modificables. Entre los factores de riesgo no modificables encontramos la edad, raza/etnia, antecedentes familiares, antecedentes de DM gestacional, síndrome del ovario poliquístico^{36,37}. Entre los factores de riesgo modificables encontramos la obesidad, sobrepeso. Al respecto más del 80% de los casos de DM2, se atribuyen a la obesidad³⁶; otro factor asociado es el sedentarismo⁴⁰, el tabaquismo, patrones dietéticos caracterizada por un alto consumo de carnes rojas precocinadas, consumo elevado de productos lácteos altos en grasa, refrescos azucarados, dulces y postres, trastornos de regulación de la glucosa. También son más vulnerables los pacientes con enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca avanzada, pacientes con hipertensión arterial, pacientes con infarto agudo de miocardio³⁵. Asimismo la DM está inducida por el consumo de fármacos, como los antipsicóticos atípicos olanzapina y clozapina³⁵. Otros el peso alto o bajo al nacer se asocia similarmente con mayor riesgo de DM2 durante la vida (odds ratio: 1,36 y 1,47, respectivamente).

En este contexto, es muy importante determinar los conocimientos y actitudes frente a la prevención de la diabetes tipo 2, de los usuarios que acuden a los establecimientos de salud, debido a que, en el desarrollo de la enfermedad, prima los factores modificables, por lo tanto la población que tiene la información necesaria, generalmente muestra una actitud favorable para la prevención de la diabetes tipo 2, y ello contribuye a mejorar los hábitos y estilos de vida.

Debe señalarse, que el Ministerio de Salud, tiene entre sus prioridades la Estrategia Sanitaria Nacional de Control de Daños no Transmisibles entre ellos, del

control de la DM2, asimismo en esa misma dirección, se encuentra la Direccional Regional de Salud de Ayacucho incluido sus Redes de Salud y establecimientos de salud. Bajo estos antecedentes es importante valorar el impacto de la promoción de la salud, en aquellas poblaciones donde intervienen los establecimientos de salud del primer nivel de atención, como es el caso del Puesto de Salud la Compañía.

En el Perú al 2017, el comportamiento de la diabetes presenta una tendencia creciente, se estima que el 3,3% de la población de 15 y más años de edad, fue diagnosticado con diabetes mellitus; este porcentaje se incrementó en 0,4 puntos porcentuales con respecto al 2016. La población femenina fue la más afectada (3,6%) con respecto a la masculina (3,0%). Asimismo, por región natural, en el 2017, el mayor porcentaje de personas con diabetes se encuentran en Lima Metropolitana (4,1%) y Resto Costa (4,0%) y menor porcentaje en la Sierra (1,8%) y Selva (2,7%).⁰²

De acuerdo a los resultados de la tabla N° 01, el mayor porcentaje de la población abordada, que representa el 73.9% muestra una actitud indiferente frente a la prevención de la diabetes tipo 2, y solo el 26.15% muestra una actitud favorable a la prevención de la diabetes tipo 2. Asimismo el mayor porcentaje de los usuarios, que representa el 63.5% poseen un nivel de conocimiento regular sobre la prevención de la diabetes tipo 2, 27.8% de los usuarios poseen conocimientos deficientes, 3.5% muy deficiente y solo el 5.2% posee un nivel de conocimiento bueno sobre la prevención de la diabetes tipo 2.

Para contrastar la hipótesis de investigación, se utilizó la prueba de correlación de Spearman (Ref. Tabla N° 06), el cual arroja un valor de 0.209, determinándose un nivel de correlación débil entre ambas variables, es decir la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente al nivel de conocimiento de los usuarios; también se corrobora con la aplicando la prueba de chí

cuadrado ($X^2.142$; $P>0.05$). De esta manera se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula.

Entonces los resultados del estudio, demuestra que la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, por parte de los usuarios que acuden a los servicios de salud, no está determinado por el nivel de conocimientos que actualmente poseen los usuarios, ello significa que existen otros factores que pueden repercutir en la actitud de los usuarios, como los hábitos y estilos de vida ya establecidos, patrones y conductas de riesgo adaptados durante el tiempo, la forma como se implementa las estrategias de promoción de la salud, implementación de políticas y estrategias sanitarias, control médico, seguimiento intradomiciliario entre otros. Dichos condiciones ameritan su valoración y estudio correspondiente, porque llama la atención que el mayor porcentaje de la población muestra una actitud indiferente.

Conforme al estudio desarrollado por Nestares N, en Lima durante el 2014, con el objetivo de establecer las actitudes de los adultos hacia la prevención de diabetes tipo II en el Centro de Salud "Villa San Luis", determinó que la mayoría de la población posee una actitud desfavorable hacia la prevención de diabetes tipo II, por lo cual se estaría incrementando el riesgo de padecer la diabetes tipo II con sus complicaciones¹⁹.

De acuerdo al estudio realizado por Carrillo EY, en Huánuco con el objetivo de establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María, 2016. Al respecto, la edad promedio de los pacientes con diabetes mellitus abordados fue de 55,6 años, con predominio del sexo masculino. En los resultados se evidenciaron que el 54,0% no tiene conocimientos sobre autocuidado, 84,0% tiene actitudes positivas frente al autocuidado de su enfermedad y el 52% de los pacientes,

no tiene practicas adecuados en relación a su autocuidado, en conclusión se determinó que no existe relación entre el nivel de conocimiento sobre autocuidado y las actitudes y prácticas en los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María¹⁸. Estos resultados se asemejan a los del presente estudio, con la diferencia que el mayor porcentaje de la población, posee una actitud indiferente frente a la prevención de la diabetes tipo 2.

Uno de los objetivos específicos del estudio fue identificar la actitud, frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a las condiciones biológicas, de los usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía; porque a mayor edad y en el sexo femenino, la incidencia de la diabetes se incrementa, por ello es importante valorar la actitud.

Al respecto según los resultados de la tabla N° 02, se evidencia que el 26.1% posee actitud favorable a la prevención de la diabetes tipo 2, de todos ellos, el 20% pertenece al sexo femenino y el 6.1% pertenece al sexo masculino; asimismo el 73,9% posee una actitud indiferente, siendo mayor en el sexo femenino. Aplicando la prueba de chí cuadrado se establece que la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente al sexo de la población ($X^2.0.570$; $P>0.05$). Respecto a la edad, del total de la población que muestra una actitud favorable frente a la prevención de la diabetes, el 16.5% pertenece a la población joven; mientras el 9.6% pertenece a la población adulta. En relación a la actitud de indiferencia, el 51.3% pertenece a los jóvenes y 22.6% a los adultos. Aplicando la prueba de chí cuadrado, se establece que la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente a la edad de la población ($X^2.0.745$; $P>0.05$).

Contrastando los resultados del estudio, con lo realizado por López M, Narváez O, en Nicaragua, 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, se identificó que la mitad de la población logró aprobar con buenos conocimientos respecto al control glicémico, prevención y complicaciones acerca de diabetes mellitus y todos tuvieron una actitud favorable a la prevención de la diabetes tipo 2¹⁴. Estos resultados difieren con los hallazgos del presente estudio.

Otro de los objetivos, fue identificar la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a la procedencia, de los usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía; debe señalarse que el comportamiento de la diabetes tipo 2, es más frecuente en la población urbana, a diferencia de la población rural.

Al respecto, conforme a los resultados de la tabla N° 03, se puede apreciar que el 53% procede de la zona urbana de los cuales el 39.1% se muestra indiferente a la prevención de la diabetes tipo 2 y el 13.9% se muestra favorable. El 47% procede de la zona rural, de ellos 34.8% posee una actitud indiferente y el 26.1% una actitud favorable; en general aplicando la prueba de chí cuadrado, se establece que la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente a la procedencia de la población (X^2 : 0.001; $P > 0.05$).

Podemos deducir, que el mayor porcentaje de la población abordada muestra una actitud indiferente y desfavorable a la prevención de la diabetes, independiente a la condición biológica y a la procedencia, aunque se identifica que el mayor porcentaje de la población procede de la zona urbano, entonces puede ser que esta condición de indiferencia se constituya como una condición de riesgo.

Un aspecto fundamental en el control de la diabetes, tiene que ver, con la educación sanitaria, para que los propios usuarios, tengan la capacidad de controlar

los riesgos, en ese sentido se planteó un objetivo específico, con el propósito de evaluar los conocimientos frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a las condiciones biológicas, de los usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía.

Según los resultados de la tabla N° 04, en la etapa joven, el 46.1% posee un conocimiento regular, 16.5% deficiente y solo el 4.3% posee un nivel de conocimiento bueno. En la etapa adulta el 17.4% posee un nivel de conocimiento regular y 11.3% posee un nivel de conocimiento deficiente. Aplicando la prueba de chí cuadrado, se establece que el nivel de conocimiento, es independiente a la edad de la población (X^2 : 2481; $P > 0.05$).

Respecto al sexo, el 47.8%, que representa al sexo femenino, poseen un nivel de conocimiento regular frente a la prevención de la diabetes tipo 2; mientras el 15.7% que representa al sexo masculino. En relación al nivel de conocimiento deficiente, el 15.7% representa al sexo femenino y el 12.2% al sexo masculino; debe señalarse que el mayor porcentaje de los usuarios, poseen conocimientos regulares. Aplicando la prueba de chí cuadrado, se establece que el nivel de conocimiento frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente al sexo de la población (X^2 : 6.160; $P > 0.05$).

Según el estudio realizado por Meneses C, en México durante el 2014, cuyo objetivo fue determinar el grado de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes diabéticos de una Unidad de Medicina Familiar, pudo establecer que el conocimiento fue mayor en el sexo femenino, con una media de 7 ± 1.9 y de 6 ± 2.7 para el sexo masculino, asimismo el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 es bajo; siendo independiente al sexo, la edad, ocupación, escolaridad¹⁵. A diferencia de los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de la población de estudio, que representa el 63.5%, poseen un nivel de conocimiento regular sobre la

prevención de la diabetes tipo 2, 27.8% posee conocimiento deficiente, asimismo se ha establecido que los conocimientos son independientes a la condición biológica de los usuarios.

Podemos afirmar, señalar que el mayor porcentaje de la población abordada, al margen de su condición biológica, no posee los conocimientos para comprender la diabetes, los factores desencadenantes y las complicaciones que esta enfermedad genera, cuando no se adopta las medidas de seguridad pertinente.

Finalmente uno de los objetivos específicos del estudio, fue evaluar los conocimientos, frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a la procedencia de los usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía. Las poblaciones urbanas tienen más acceso a los servicios de salud, a diferencia de las poblaciones rurales.

De acuerdo a los resultados de la tabla N° 05 se evidencia, que el 53% de la población que acude al establecimiento procede de la zona urbana, de los cuales el 33.9% posee un nivel de conocimiento regular, 14.8% deficiente. 47% procede de la zona rural de los cuales 29.6% posee conocimiento regular y 13% deficiente. Aplicando la prueba de chí cuadrado se establece que el nivel de conocimiento frente a la prevención de la diabetes tipo II, es independiente a la procedencia de la población (X^2 : 6.160; $P > 0.05$).

En general del análisis global de los antecedentes de estudio y de los resultados del estudio, se evidencia que los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2, que acuden a los establecimientos de salud, poseen mejores conocimientos, que aquellos que nunca fueron diagnosticados, es por ello que la actitud es favorable a los cuidados frente a la diabetes. Respecto a los usuarios que nunca fueron diagnosticados con diabetes, se advierte que en algunos estudios, el mayor

porcentaje de los usuarios no poseen los conocimientos necesarios para prevenir la diabetes tipo 2, mientras en otros, como en los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de la población, posee conocimientos regulares sobre la prevención de la diabetes tipo 2.

Respecto a la relación de los conocimientos, frente a la actitud, se evidencia que en la mayoría de los estudios, demuestran, que la actitud frente a la prevención de la diabetes es independiente al nivel de conocimientos que poseen los usuarios, claro está que en otros existe relación, pero no se relaciona con las prácticas para la prevención de la diabetes tipo 2. Debe señalarse que en el presente estudio, el mayor porcentaje de los usuarios que acuden al establecimiento de salud, poseen un nivel de conocimiento regular, frente a la prevención de la diabetes tipo 2, asimismo el mayor porcentaje posee una actitud indiferente, de esta manera se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula ($Rho: 0.209$ y $X^2.142; P>0.05$).

CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de la población, que representa el 73.9% muestra una actitud indiferente frente a la prevención de la diabetes tipo 2, asimismo el mayor porcentaje de los usuarios, que representa el 63.5%, poseen un nivel de conocimiento regular sobre la prevención de la diabetes tipo 2.
2. La actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente al sexo, la edad y la procedencia de la población (X^2 Sexo: 0.570; $P > 0.05$) (X^2 Edad: 0.745; $P > 0.05$).
3. El nivel de conocimiento frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente a la edad, sexo y procedencia de la población (X^2 Edad: 2481; $P > 0.05$), (X^2 Sexo: 6.160; $P > 0.05$), (X^2 Procedencia: 6.160; $P > 0.05$).
4. La actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, es independiente al nivel de conocimiento de los usuarios (Rho: 0.209, X^2 : 142; $P > 0.05$), de esta manera se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula.

RECOMENDACIONES

1. A la Red de Salud de Huamanga, a fin de fortalecer la Estrategia Sanitaria de Control de Daños No Transmisibles, sobre todo, en la prevención y promoción de la diabetes tipo 2, mediante la organización adecuada de los servicios de salud, dotación de mayor Personal de Salud.
2. Al Jefe del Puesto de Salud La Compañía, a fin de evaluar las intervenciones en la Estrategia Sanitaria de Control de daños no transmisibles, sobre todo en la promoción y prevención de la diabetes tipo 2, de esta manera replantear las acciones de intervención.
3. Fortalecer las capacidades del Personal de Salud, a fin de mejorar las intervenciones de comunicación e educación en el primer nivel de atención, con el propósito de prevenir la diabetes tipo 2.
4. A la Facultad de Ciencias de la Salud, para continuar con las actividades de investigación en el marco del control y prevención de la diabetes tipo 2.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS.- Informe mundial sobre la diabetes.- Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2016.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática.- PERÚ: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2017, Lima Perú 2018. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/libro.pdf.
3. Organización Panamericana de la Salud; Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD de Diagnostico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus 2. Washington D.C.: OPS, ALAD; 2012.
4. Aguilar Salinas C. Epidemiología de la Diabetes tipo 2 en Latinoamérica. Guías ALAD sobre el diagnostico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia. Revista de la ALAD. 2013; 17-23
5. Fauci A, Kasper D, Braunwald E, Hauser S, Longo D Jameson J, et al. Harrison: principios de medicina interna. 17a ed. México: McGraw Hill ; 2009.
6. Vazquez G, Duval S, Jacobs DR Jr, Silventoinen K. Comparison of body mass index, waist circumference and waist/hip ratio in predicting incident diabetes: a meta-analysis. Epidemiologic Reviews. 2007; 29:115–28.
7. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Journal of the American Medical Association. 2007; 298:(22)2654–2664.
8. Sarabia, B., Can, AR. Guadalupe, J. (2015).- Identificación de Factores de Riesgo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en Adultos de 30 a 60 Años de edad en la Comunidad de Isla Aguada, Municipio de Ciudad del Carmen, Campeche. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo ISSN

2007 – 74, Vol. 5, Núm. 10 Enero – Junio 2015 RIDE, Disponible
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet->

<IdentificacionDeFactoresDeRiesgoDeLaDiabetesMellit-5435234.pdf>

9. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas. Consultado en www.idf.org
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Diabetes. Nota Descriptiva N° 312. Septiembre 2011. Consultado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
11. Mehta R. del Moral ME, Aguilar-Salinas CA. Epidemiology of diabetes in the elderly. Rev Invest Clin 2010;64:305-11.
12. DIRESA.- Sala de Situación de Salud, Semana Epidemiológica N° 33, 2018. http://www.saludayacucho.gob.pe/diresa/images/Epidemiologia/SALA_SITUACIONAL/SE_33_2018.pdf
13. Castro, AM., Fuentes, CA., Reyes, LA.- Conocimientos, prácticas y actitudes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Universidad Nacional Autónoma de Honduras en Valle de Sula. 2 Médico Salubrista, Catedrático Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma Valle de Sula. 3 Médico Especialista en Medicina Interna, San Pedro Sula, Honduras. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2017/pdf/Vol85-3-4-2017-6.pdf>
14. López, M., Narváez, O.- “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”, Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía, Managua, Nicaragua, Noviembre 2015.
15. Meneses, C. Et Al.- Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar. Universidad

- Veracruzana, Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Regional Veracruz Sur. Unidad De Medicina Familiar No. 61 Córdoba Veracruz, 2014.
16. Guibert, AL., y Zamora, CF.- “Evaluación de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del Hospital Cayetano Heredia; y su asociación con la adherencia al tratamiento”, Trabajo de investigación para optar por el grado académico de bachiller en medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Escuela Profesional de Medicina, Lima Perú 2018.
 17. Barzola, TI., Guimac, AC., Horna, MN.- Efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de diabetes mellitus II y prácticas de autocuidado 2017. Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Peruano Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería, Lima Perú 2017.
 18. Carrillo, EY.- Conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María – 2016. Tesis para optar el título profesional de: Licenciada en Enfermería, Universidad de Huánuco Facultad de Ciencias de la Salud Programa Académico de Enfermería, Tingo María - Perú 2017.
 19. Nestares, N.- Actitudes de los adultos hacia la prevención de diabetes tipo II en un Centro de Salud en Lima Metropolitana 2014, Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina E.A.P. de Enfermería, Lima – Perú 2016.
 20. Calderón, A.- Nivel de conocimientos y aptitudes sobre complicaciones crónicas de la diabetes mellitus 2, Hospital Nacional PNP. Luis N. Saenz, Lima-Perú 2016. [Artículo Original].2019; 19(1):55-63. (Enero 2019). DOI 10.25176/RFMH.v19.n1.1793, Disponible en Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>.

21. Armijo, FS., Flores, JJ.- Factores biológicos, sociales y culturales relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro. AA.HH. Esperanza Baja, Chimbote, 2014. Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería. Universidad Nacional del Santa, Facultad de Ciencias, Escuela Académico Profesional de Enfermería, Nuevo Chimbote, Perú 2015.
22. Melgarejo Chacón. "Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP". Lima Perú. 2012. http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2750/1/Melgarejo_Chacón_Nidia_2013.pdf.
23. Tello, M. "Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las medidas Preventivas de la Diabetes Mellitus tipo 2 en los trabajadores Mayores de 35 años de los centros de aplicación: Productos Unión y editorial imprenta unión de la Universidad Peruana Unión". Fecha de acceso: 10/102014. Disponible en: <http://papiros.upeu.edu.pe/bitstream/handle/123456789/109/CSS16Articulo.pdf?sequence=1>
24. Camasca, IR.- Conocimientos y actitudes de los pacientes y familiares sobre la diabetes, Ayacucho 2014. Tesis para obtener el título profesional de bióloga en la especialidad de microbiología. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Facultad de Ciencias Biológicas, Escuela Profesional de Biología, Ayacucho 2014.
25. Quichua, W. y Quicana, E.- "Conocimientos de autocuidado de usuarios diabéticos que asisten a los consultorios externos del Hospital Regional de Ayacucho 2013", Tesis para optar título profesional de: Licenciado en Enfermería, "Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga" Facultad de Enfermería, Escuela de Formación Profesional de Enfermería, Ayacucho 2013

26. Plan Mundial contra la Diabetes Federación Internacional de Diabetes 2011-2021 [consultado el 19 de junio]. Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
27. Organización Mundial de Salud, 2014 .portada de diabetes. [Citado 2013] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.htm>
28. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Ministerio de Salud .Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. R.M. N° 719-2015/MINSA. Lima - Perú 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
29. Orrego M. Arturo. Fundamentos de Medicina – Endocrinología 5° ed. Medellín-Colombia 1998
30. Organización Mundial de la Salud (1999) Definition, diagnosis and classification of Diabetes Mellitus and its complications. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf?ua=1
31. Hidalgo Eva. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Mayor de San Marcos de Lima; 2005. Pp. 10-12.].
32. Peredo Cavaza, Rosa Francisca. Conocimientos que tienen los pacientes con diabetes mellitus acerca de la enfermedad, tratamiento y prevención de complicaciones en el hogar [tesis para optar el título profesional de Lic. En enfermería]. 1982.
33. Hidalgo Eva. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de

- Mayo. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Mayor de San Marcos de Lima; 2005. Pp. 10-12.].
34. Organización Mundial de Salud, Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, [serie de internet] 2010. [Citado 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf
 35. NICE. Preventing type 2 diabetes: risk identification and interventions for individuals at high risk. NICE public health guidance 38. Issued July 2012. Disponible en: URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/ph38> [último acceso: 23 de febrero de 2015].
 36. Paulweber B, Valensi P, Lindstrom J, Lalic NM, Greaves CJ, McKee M, et al. A European evidence based guideline for the prevention of type 2 diabetes. *Horm Metab Res* 2010;42(Suppl 1):S3-36.
 37. McCulloch DK, Robertson RP. Risk factors for type 2 diabetes mellitus. UpToDate. Disponible en: URL: <http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-type-2-diabetes-mellitus> [último acceso: 23 de febrero de 2015]
 38. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams D. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009;373:1773-9.
 39. Boomsma CM, Eijkemans MJ, Hughes EG, Visser GH, Fauser BC, Macklon NS. A metaanalysis of pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod Update* 2006;12:673-83.
 40. McCulloch DK, Robertson RP. Risk factors for type 2 diabetes mellitus. UpToDate. Disponible en: URL: <http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-type-2-diabetes-mellitus> [último acceso: 23 de febrero de 2015]
 41. Lima V. Retinopatía diabética simplificada: la escala clínica internacional. *Rev Hosp Jua Mex* 2006; 73(4):170-174. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2006/ju064k.pdf>

42. Untiveros CF, Nuñez O, Tapia LM, Tapia G. Complicaciones tardías en diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud - Cañete. Rev Med Hered 15 (2), 2004.
Disponble en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v15n2/v15n2ao1.pdf>
43. Bunge, M.- "La Ciencia y su Método y Filosofía", Buenos Aires. Editorial siglo XX, 1988 pág. 308.
44. Ayala, MF y González, F. Conocimientos y hábitos de exposición solar de la población chilena (2005).
45. Salazar, A. "El punto de Vista Filosófico", 1ra edición, Editorial El Alce Lima-Perú, 1988 pág. 308.
46. Russell, B. El conocimiento humano: su alcance y sus limitaciones. Madrid. Taurus, 1959.
47. Ibáñez, Gracia, Introducción a la psicología social. Barcelona, UOC.2004.
48. Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: An introduction theory and research Addison Wesley.
49. Liebert, R.M., Neale, J.M. (1984).- Conducta social. In R.M. Liebert, J.M. Neale (Eds.), Psicología general (pp. 3405383).México, Limusa.
50. Rosenberg, M. Hovland, C. (1960). Attitu de Organization and Change. Yale University Pres Nueva Haven.
51. Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2013). Metodología de la investigación (4a. Ed.). México: Mc Graw Hill.
52. Canales, F. Alvarado, E y Pineda, E. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. México: Editorial Limusa Noriega. 2005. Pág. 131. (5).
53. Prado, LE.- "Relación entre conocimientos, actitudes y prácticas respecto a diabetes en pacientes del Hospital III Yanahuara. 2015", tesis para optar el título profesional de: Médico- Cirujano, Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina, Arequipa- Perú 2015

54. Silvano, CS y Lazo, AE.- Efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del centro de Atención Primaria III- Huaycán, Lima 2017. 192 páginas: anexos, tablas. Tesis (Licenciatura) -- Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. Enfermería, 2018.
55. Carrillo, E. (2017). Conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María. Universidad de Huánuco. Retrieved from http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/574/T047_44295581_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
56. Xiap, S. (2014). Nivel de conocimiento del paciente Diabético sobre su enfermedad (Tesis Maestría). Recuperado de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9288.pdf
57. Mendoza G. Incidencias de pacientes con diabetes descompensada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena Ayacucho 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado. Trabajo de investigación para optar el Título Profesional de Especialista en Enfermería Intensivista Lima Perú 2016.

ANEXOS

ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
FORMATO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA EVALUAR LA ACTITUD
FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2.
INSTRUCCIONES:

Buenos días.....

ESCALA TIPO LIKERT

PRESENTACIÓN: Buenos días Sr(a), soy egresado de la Escuela Profesional de Enfermería, de la UNSCH, estoy realizando un estudio de investigación, el cual tiene como objetivo determinar las actitudes de los adultos hacia la prevención de diabetes tipo II. Le agradezco brindarme parte de su tiempo, para responder ciertas preguntas que a continuación se manifiesta. Cabe destacar que esta información es solo para fines de investigación y anónima.

DATOS GENERALES:

Edad:.....(años) Género: Femenino () Masculino () Procedencia.....

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de enunciados, responda marcando con una "X" la respuesta que considere correcta según las siguientes opciones:

- Totalmente de acuerdo (TA)
- De acuerdo (A)
- Indiferente (I)
- En desacuerdo (D)
- Totalmente en desacuerdo (TD)

Por ejemplo:

N°	Enunciado	TA	A	I	D	TD
	Es bueno para la salud vivir feliz	X				

	ITEMS	TA	A	I	D	TD
1	Es dañino el consumo excesivo de frituras					
2	Es tedioso consumir abundante agua durante el día.					
3	Cuesta demasiado dinero consumir menestras					
4	Es saludable consumir cerveza y vino en forma frecuente.(semanal)					
5	Es importante acudir al médico por lo menos una vez al año como medida preventiva para la diabetes.					
6	Es dañino para la salud el consumo exagerado de azúcares (gaseosas, postres, etc.)					
7	Hacer ejercicios reduce el riesgo de sufrir diabetes.					
8	Fumar solo causa enfermedades del pulmón.					
9	Es riesgoso para la salud consumir muchas gaseosas.					
10	Consumir frutas y verduras durante el día previene enfermedades como la diabetes.					

11	Dormir menos de 8 horas puede contribuir a desarrollar diabetes.					
12	Es costoso acudir al control médico periódicamente.					
13	Es saludable realizar ejercicios todos los días.					
14	Es bueno para la salud consumir tres litros de agua al día.					
15	Es difícil que el consumo de pastas (fideos, pan y arroz) produjera Diabetes.					
16	Expresar los sentimientos y emociones a los demás es importante como medida preventiva de la Diabetes.					
17	Es importante dedicar tiempo para distraerse y recrearse					
18	Es bueno consumir todo tipo de carnes (rojas, blancas) para prevenir la diabetes.					
19	Es difícil comer a la misma hora todos los días					
20	Está al alcance del bolsillo acudir al control médico					
21	Es agradable consumir frituras.					
22	Es saludable consumir cerveza y vino en poca cantidad					
23	Es importante consumir 5 comidas al día para contribuir a prevenir la diabetes.					
24	Aun consumiendo lácteos (queso, yogurt, leche, etc) la persona puede enfermarse de diabetes.					
25	Es difícil realizar ejercicios todos los días					
26	Es agradable consumir gaseosas					
27	Es delicioso consumir tortas y dulces en general.					
28	Es difícil controlar la ira y la ansiedad					
29	Es mejor guardar las emociones para sí mismo más aún si son negativas					
30	Es bueno para la salud consumir menestras por lo menos tres veces por semana.					
31	Demanda mucho tiempo acudir a un control médico periódico.					
32	Es difícil expresar los sentimientos hacia los demás					
33	Es riesgoso para la salud consumir grandes cantidades de fideos, arroz y pan.					

Fuente: Adaptado del estudio realizado por Carrillo, EY.- Conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María – 2016.

Resultado de la evaluación:

	Actitud	PUNTAJE	
1	Desfavorable	33 - 77	
2	Indiferente	78 - 121	
3	Desfavorable	121 - 165	

Muchas gracias por su participación.

ANEXO Nº 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FORMATO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS, FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2.

INSTRUCCIONES:

Buenos días.....

PRESENTACIÓN: Buenos días Sr(a), soy Egresado de la Escuela Profesional de Enfermería, de la UNSCH, estoy realizando un estudio de investigación, el cual tiene como objetivo identificar los conocimientos frente a la prevención de la diabetes tipo II. Le agradezco brindarme parte de su tiempo para responder un conjunto de preguntas al respecto. Cabe destacar que esta información es solo para fines de investigación y es anónima.

DATOS GENERALES:

Edad:.....(años) Género: Femenino () Masculino () Procedencia.....

A continuación leer las preguntas y conforme a las alternativas solicitar al usuario, a fin de que identifique, la respuesta adecuada:

1. La diabetes es:
 - a. Puede ser hereditaria y extremadamente contagiosa
 - b. Es hereditaria pero no contagiosa
 - c. No es hereditaria ni contagiosa.
 - d. No es hereditaria pero contagiosa.

2. Diabetes es causado por
 - a. Virus
 - b. Bacteria
 - c. Hongo
 - d. Ninguno de ellos.

3. La diabetes es una enfermedad:
 - a. Causada por la resistencia a la insulina y deficiencia de dicha hormona
 - b. Causada por el exceso de producción de la insulina por el organismo.
 - c. Causada por déficit de producción de insulina en el organismo.
 - d. Causada por la intoxicación del organismo por la insulina.

4. La insulina es:
 - a. Hormona que se produce en el páncreas.
 - b. Vitamina que está presente en los alimentos.
 - c. Enzima que está presente en el intestino delgado.
 - d. Se produce en el hígado y sirve para producir azúcar.

5. La insulina se encarga de:
 - a. Controlar el ingreso de azúcar a las células.
 - b. Evitar el ingreso de azúcar a la sangre.
 - c. Evitar que el azúcar se incremente en la sangre.
 - d. Favorece la digestión de los azúcares.

6. En una persona con diabetes la concentración de glucosa en sangre

- a. Glucosa mayor o igual a 120 mg/dl.
 - b. Glucosa mayor o igual a 80 mg/dl.
 - c. Glucosa mayor o igual a 100 mg/dl.
 - d. Glucosa mayor o igual a 200 mg/dl.
7. Uno de ellos no está relacionado con la diabetes:
- a. La diabetes solo afecta a los adultos mayores.
 - b. Se presente a partir de la edad adulta.
 - c. Solo afecta a los varones.
 - d. Se puede presentar a partir de la infancia.
8. La diabetes solo afecta a:
- a. Obesos
 - b. Sobrepeso
 - c. A los que presentan obesidad abdominal.
 - d. A todas las personas independiente de su estado nutricional.
9. El factor que más se asocia con la diabetes es:
- a. Antecedentes familiares con diabetes.
 - b. Sedentarismo
 - c. Tabaquismo
 - d. Patrones dietéticos.
10. El patrón dietético que más se asocia con la diabetes es:
- a. Consumo excesivo e indebido de azúcares y harinas refinados.
 - b. Consumo excesivo de grasas.
 - c. Consumo excesivo de dulces y snack.
 - d. Todos los mencionados.
11. Para evitar la diabetes es importante
- a. Evitar el consumo de azúcar.
 - b. Tomar una dieta equilibrada y sana.
 - c. Solo consumir vegetales y frutas.
 - d. Consumir abundante alimentos ricos en fibra.
12. Algunos de ellos corresponden a síntomas de la diabetes:
- a. Incremento del apetito, sed y orinar frecuentemente.
 - b. Disminución del apetito.
 - c. Dolor de cabeza, náuseas y vómitos.
 - d. Incremento de la presión, malestar general e irritabilidad.
13. Para realizar el diagnóstico de la diabetes se requiere.
- a. Ir a un hospital especializado.
 - b. Equipo sofisticado y laboratorio moderno.
 - c. Profesionales especialistas y un centro especializado.
 - d. Cualquier puesto o centro de salud.
14. Que se requiere para diagnosticar la diabetes:
- a. Un control médico y una gota de sangre.
 - b. Control de peso y 10 cc de sangre.
 - c. Un control de un especialista y muestra de orina.
 - d. Examen radiológico y una tomografía.
15. La diabetes puede generar:

- a. Pérdida total de la visión.
 - b. Pérdida del riñón.
 - c. Amputación de los pies.
 - d. Todos los señalados.
16. Uno de ellos no genera la diabetes no controlada:
- a. Coma.
 - b. Hipertensión arterial.
 - c. Muerte cerebral.
 - d. Gastritis.
17. Respecto al tratamiento de la diabetes.
- a. Tiene cura y pero el tratamiento demora.
 - b. No tiene curación, el tratamiento es de por vida.
 - c. Se puede operar y por ende se resuelve el problema.
 - d. No tiene curación y no hay tratamiento.
18. Uno de ellos se relaciona con la diabetes:
- a. Excesiva carga laboral.
 - b. Sedentarismo.
 - c. Estrés constante.
 - d. Todos.
19. La alimentación de las personas con diabetes:
- a. Es muy especial.
 - b. Es una dieta vegetariana.
 - c. Es una dieta normal.
 - d. Es una dieta limitada en cantidad.
20. Las personas con diabetes desarrollan problemas a:
- a. A nivel de la circulación.
 - b. A nivel de la piel.
 - c. A nivel del estómago.
 - d. A nivel de las articulaciones.

Resultado de la evaluación:

- 1. (0-5) Muy Deficiente.
- 2. (6-10) Deficiente.
- 3. (11-14) Regular
- 4. (15-17) Bueno.
- 5. (18-20) muy Bueno.

Gracias por su respuesta.

Fuente: Instrumento adaptado del estudio realizado por Carrillo, EY.- Conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María – 2016.

ANEXO N° 03: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES, P.S DE SALUD LA COMPAÑÍA, AYACUCHO 2019”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
<p>Problema General: ¿Cómo son los conocimientos y actitudes frente a la prevención de la diabetes tipo 2, de los usuarios que acuden al P.S de salud de compañía, Ayacucho, 2019?</p>	<p>General: Determinar los conocimientos y actitudes frente a la prevención de la diabetes tipo 2, de usuarios que acuden al Puesto de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019.</p> <p>Específicos: Identificar la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a las condiciones biológicas, de los usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019.</p> <p>Identificar la actitud frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a la procedencia, de los usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019.</p> <p>Evaluar los conocimientos frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a las condiciones biológicas, de los usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019.</p> <p>Evaluar los conocimientos frente a la prevención de la diabetes tipo 2, conforme a la procedencia, de los usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019.</p> <p>Establecer el nivel de correlación entre los conocimientos y actitudes frente a la prevención de la diabetes tipo II, de usuarios que acuden al P.S de Salud la Compañía, Ayacucho, 2019.</p>	<p>Hi: Los conocimientos se relacionan a las actitudes frente a la prevención de la diabetes tipo 2, de los usuarios que acuden al P.S de salud de compañía, Ayacucho, 2019.</p> <p>Ho: Los conocimientos no se relacionan a las actitudes frente a la prevención de la diabetes tipo 2, de los usuarios que acuden al P.S de salud de compañía, Ayacucho, 2019.</p>	<p>V1: Conocimientos</p> <p>V2: Actitudes</p>	<p>Estudio de tipo aplicada.</p> <p>Diseño: No experimental, correlacional de corte transversal.</p> <p>Población: Usuarios adultos que acuden al P.S la Compañía. Distrito de Pacaycasa, Provincia de Huamanga.</p> <p>Técnica: Entrevista estructurada.</p>