



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN
AMBULATORIA 302 DEL IESS EN EL PERIODO DE MAYO A JULIO,
CUENCA ECUADOR, 2015**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTORAS: DANIELA VERÓNICA DELGADO ABRIL
ANA CAROLINA FLORES FIGUEROA**

DIRECTOR: DR. JOSÉ LEONARDO BUSTAMANTE MEDINA

ASESOR: DR. JAIME ROSENDO VINTIMILLA MALDONADO

**CUENCA – ECUADOR
2016**

RESUMEN

Objetivo

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 que acudieron al centro de Atención Ambulatorio 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, de la ciudad de Cuenca, durante mayo a julio de 2015.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, en una muestra no probabilística de 289 pacientes durante el periodo de mayo a julio de 2015. Los datos de conocimientos, actitudes y prácticas se obtuvieron por entrevista directa mediante la aplicación de cuestionarios validados y fueron analizados con el software SPSS versión 2015.

Resultados

La edad osciló entre 40 y 94 años, con una mediana de 69. El 61,6% fueron mujeres. El 91% residía en el área urbana. La mediana del tiempo de evolución de la diabetes fue 12 años. El nivel de conocimientos adecuados en diabetes fue 1,4%; intermedio de 61% e inadecuado de 77,5%. Actitudes positivas se detectó en el 88,2%, neutra 6,6% y negativas 5,2%. Muy buenas prácticas se determinaron en 5.5%, buenas prácticas en 67.1%, y malas prácticas en 27.3%.

Conclusión

La aplicación de los cuestionarios nos permitió determinar cuáles son las falencias de los diabéticos; para que tanto médicos como personal de salubridad, diseñen y apliquen estrategias, métodos de aprendizaje y comunicación para aumentar el nivel de conocimientos y prácticas, en pro de disminuir las tasas de morbimortalidad a causa de esta patología.

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS TIPO 2, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, EDUCACIÓN DIABETOLOGICA.

ABSTRACT

Objective

To determine the level of knowledge, attitudes and practices in patients with type 2 diabetes who were attended at the Ambulatory Care Center 302 of the Ecuadorian Social Security Institute, Cuenca, during May to July 2015.

Material and methods

A descriptive study was conducted in a non-probabilistic sample of 289 patients who entered the study sequentially during the aforementioned time. The data of knowledge, attitudes and practices were obtained by direct interview by application validated questionnaires and were analyzed using SPSS software version 2015.

Results

The age ranged from 40 to 94 years, with a median of 69. 61.6% were women. 91% lived in urban areas. The median time since onset of diabetes was 12 years. The appropriate level of knowledge in diabetes was 1.4%; Intermediate 61.0 and 77.5 inadequate. Positive attitudes was detected in 88.2%, neutral 6.6% and 5.2% negative. Very good practice was detected in 5.5%, 67.1% good practices and bad practices in 27.3%.

Conclusion

The application of the questionnaires allowed us to find what are the shortcomings of diabetics; for medical and health personnel seeking better strategies, gain new learning methods and communication to achieve higher level of knowledge and self-care practices.

KEYWORDS: TYPE 2 DIABETES MELLITUS, PRIMARY HEALTH CARE, DIABETES EDUCATION.

**ÍNDICE DE CONTENIDO**

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | INTRODUCCIÓN | 13 |
| 1.1 | Planteamiento del Problema | 15 |
| 1.2 | Justificación..... | 17 |
| 2. | MARCO TEÓRICO | 19 |
| 2.1 | Definición Diabetes Mellitus | 19 |
| 2.2 | Epidemiología | 19 |
| 2.3 | Diabetes en Ecuador..... | 19 |
| 2.4 | Conocimientos, Actitudes y Prácticas | 20 |
| 2.5 | Definición CAP | 21 |
| 2.6 | Utilidad de la CAP: | 21 |
| 2.7 | Definición de Conocimiento..... | 24 |
| 2.8 | Diabetes Mellitus Tipo 2..... | 26 |
| 2.8.1 | Clasificación y Fisiopatología | 27 |
| 2.8.2 | Factores de Riesgo | 27 |
| 2.8.3 | Signos y Síntomas | 28 |
| 2.8.4 | Criterios Diagnósticos | 29 |
| 2.9 | Definición de Actitud..... | 29 |
| 2.10 | Definición de Práctica..... | 30 |
| 2.10.1 | Prácticas y Autocuidado..... | 31 |
| 3. | OBJETIVOS..... | 34 |
| 3.1 | General | 34 |
| 3.2 | Específicos..... | 34 |
| 4. | DISEÑO METODOLÓGICO..... | 35 |
| 4.1 | Tipo de Estudio | 35 |
| 4.2 | Área de Estudio..... | 35 |
| 4.3 | Unidad de Análisis..... | 35 |
| 4.4 | Universo y Muestra | 35 |
| 4.5 | Criterios de Inclusión y Exclusión..... | 36 |
| 4.6 | Operacionalización de las Variables | 36 |
| 4.7 | Métodos, Técnicas E Instrumentos Para La Recolección De La Información | 37 |



| | | |
|------------|-------------------------------------|-----------|
| 4.8 | Plan de Tabulación y Análisis | 38 |
| 4.9 | Aspectos Éticos..... | 38 |
| 5. | RESULTADOS | 40 |
| 7. | DISCUSIÓN | 45 |
| 8. | CONCLUSIONES | 50 |
| 9. | RECOMENDACIONES | 51 |
| 10. | BIBLIOGRAFÍA | 52 |
| 11. | ANEXOS | 52 |



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Daniela Delgado Abril, autora de la tesis CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 302 DEL IESS EN EL PERIODO DE MAYO A JULIO. CUENCA ECUADOR **2015**, reconozco y acepo el derecho de la Universidad de Cuenca en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este un requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de éste trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, mayo de 2016

Daniela Delgado A

Daniela Verónica Delgado Abril

C.I: 0105050074



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo Carolina Flores Figueroa, autora de la tesis CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 302 DEL IESS EN EL PERIODO DE MAYO A JULIO. CUENCA ECUADOR 2015, reconozco y acepo el derecho de la Universidad de Cuenca en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este un requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de éste trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, mayo de 2016

Ana Carolina Flores Figueroa

C.I: 0103678942



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Daniela Verónica Delgado Abril, autora de la tesis CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 302 DEL IESS EN EL PERIODO DE MAYO A JULIO. CUENCA ECUADOR 2015, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, mayo de 2016

Daniela Delgado A

Daniela Verónica Delgado Abril

C.I: 0105050074



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Ana Carolina Flores Figueroa, autora de la tesis CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 302 DEL IESS EN EL PERIODO DE MAYO A JULIO. CUENCA ECUADOR 2015, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, mayo de 2016

Ana Carolina Flores Figueroa

C.I: 0103678942



DEDICATORIA

Llega una etapa de cambios y expectativas; a pesar de que han pasado los años y con un nuevo ciclo por recorrer, cabe tener presente que todo el éxito logrado ha sido gracias al apoyo, sabiduría y motivación de mis padres, Bolívar y Carmen, que con sus virtudes han logrado enriquecer y ser el pilar fundamental de mi vida; físicamente o no estarán siempre a mi lado, aportando sus conocimientos y recordándome que la responsabilidad actitud y empeño son las bases para el éxito de mi vida profesional y emocional.

Daniela



DEDICATORIA

A todos los miembros de mi familia, mis padres y hermanos, quienes siempre han velado por mi bienestar y educación, ayudándome a cumplir mis sueños y llegar a donde estoy ahora. Con sus valores y enseñanzas, he podido alcanzar las metas que me he propuesto, es por eso que siempre estaré eternamente agradecida y espero nunca defraudarlos.

Carolina



AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a nuestros profesores y familiares por su apoyo incondicional en el desarrollo de esta investigación. Al Doctor José Bustamante Medina docente de la facultad, junto con el Dr. Miguel Cadme, médicos internistas del centro Ambulatorio 302 del IESS, quienes con su colaboración y empeño nos ayudaron durante el desarrollo de nuestra investigación. Así también agradecer al Dr. Jaime Vintimilla, por ser un docente responsable y de gran soporte para el desarrollo y culminación de nuestro estudio.

1. INTRODUCCIÓN

Diabético que más sabe de su enfermedad es el que más vive, por tanto la educación es pilar fundamental del diabético. Elliot P. Josler

La diabetes mellitus es considerada una enfermedad metabólica - crónica con una alta incidencia de mortalidad. En la ciudad de Cuenca, son 4.695 los diabéticos reconocidos con esta enfermedad y la incidencia (8%) con la que se presenta esta enfermedad es muy común. Se estima que los pacientes no toman su enfermedad con la prudencia, seriedad y dedicación que deberían, trayendo como consecuencias daños y complicaciones en el organismo; además, la falta de información y malos hábitos que realizan en su autocuidado, es otro de los inconvenientes de esta patología.

La diabetes es una enfermedad universal, considerada como una pandemia que afecta indistintamente sin respetar sexo, etnia o estilo de vida. A nivel mundial, existen 347 millones de personas afectadas de diabetes y será considerada la séptima causa de muerte en el año 2030 (1). Se calcula que en el año 2012 fallecieron alrededor de 1,5 millones de personas a consecuencia directa de la diabetes. (2) La alta prevalencia en la población adulta y la falta de control mediante intervención terapéutica, lo convierten en un problema de importancia sanitaria, económica y social.

La vida acelerada al que se expone diariamente un paciente diabético, por el trabajo extenuante, el cuidado de sus hijos, el estrés, la mala alimentación, la falta de motivación, son algunos de los factores que predisponen a que no controlen su patología de manera adecuada. Además el desconocimiento del correcto autocuidado resulta en la aparición de complicaciones severas a corto tiempo.

Estudios realizados en la provincia Cercado-Cochabamba Bolivia (2011), con una muestra de 100 pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 se encontró que solo el 25% de los entrevistados practican una vida



saludable y un 13% tiene los conocimientos suficientes sobre su enfermedad (3). De acuerdo a los resultados se indica que en su mayoría; los pacientes presentan riesgo de complicaciones al no conocer la información necesaria sobre la enfermedad.

En el centro ambulatorio 302 del IESS de la ciudad de Cuenca, no existe estudios actualizados y validados que determinen el nivel de conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad, ni las estrategias de educación que se imparten cuando se les diagnostica la enfermedad o cuales prácticas son las mejores para el autocuidado. Además, no existen investigaciones recientes en el centro ambulatorio de Cuenca, que nos permitan determinar el conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado y los años de la enfermedad diagnosticada.

1.1 Planteamiento del Problema

La educación es la piedra angular del tratamiento de la diabetes y la línea base a evitar complicaciones a largo plazo. Debido a la falta de conciencia, la mayoría de los pacientes sufren complicaciones de la diabetes. Al ser la diabetes una enfermedad asintomática en su etapa inicial, sumado a la falta de controles médicos rutinarios y a factores de riesgo que predispongan al paciente a dicha enfermedad, hace que las posibilidades de desarrollar las diferentes complicaciones se incrementen.

A nivel mundial, la Diabetes Mellitus tipo 2 representa el 90% de casos de diabetes, causando 4.9 millones de muertes a nivel mundial en el 2014 (4), dentro de las cuales 4.695 se dieron en el Ecuador, con una incidencia mayor en el grupo de edad de más de 50 años (5).

En un estudio realizado en la Universidad de Cádiz, España (2010), con 526 pacientes diabéticos, se determinó que el 64.3% desconocía su enfermedad; el 89.4% tuvo conocimientos deficientes sobre dieta y el 44.9% ignoraba la importancia del cuidado de sus pies, por lo tanto afirmaron que es necesario aumentar el nivel de educación individualizada en las consultas (6).

Otro estudio llevado a cabo en Pinar del Río, Cuba (2011), con 91 pacientes diabéticos tipo 2 se determinó que el nivel de conocimientos fue insuficiente en todos los grupos de edad y según el tiempo de evolución de la misma, concluyendo que es necesario fortalecer la educación en diabetes para mejorar los conocimientos y obtener una calidad de vida adecuada (7).

El personal de salud es el responsable de la educación en pacientes diabéticos, sin embargo, si los pacientes no son instruidos con suficientes conocimientos y no adquieren actitudes y prácticas adecuadas, no podrán evitar complicaciones a corto y largo plazo.



Las enfermedades crónico no transmisibles, son enfermedades prevenibles y controlables, pero si no se realizan estudios valederos que certifiquen la importancia de promocionar la salud en el autocuidado, los pacientes presentan actitudes negativas y malas prácticas en su autocuidado, lo que genera altos costos para la salud pública.

En este contexto, el costo-beneficio de la adquisición de suficientes conocimientos, es relevante para mantener la calidad de vida del paciente quienes enfrentan complicaciones tales como: retinopatías, pie diabético, macroangiopatías, amputaciones; resultado de un bajo autocuidado. De lo manifestado, el problema no solo se podrá prevenir, sino que el paciente será el protagonista y responsable de su salud.

1.2 Justificación

Es trascendental el conocimiento de la diabetes mellitus tipo 2, puesto que tener una clara visión del autocuidado, reduce de manera significativa las complicaciones a corto y largo plazo. Los últimos reportes de la Organización Mundial de la Salud, indican que de los 347 millones de diabéticos, 180 millones desconocen su enfermedad, destacando que el 6% corresponden a Ecuador (de cada 100 diabéticos 6 pertenecen a nuestro país) (8).

En el área de Medicina Interna del Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS, existen aproximadamente 5.250 consultas de diabéticos por año, en donde la mayoría acude por las complicaciones que presentan. Frente a la realidad que viven los pacientes diabéticos del IESS, la determinación del nivel de conocimientos sobre esta enfermedad, sus actitudes y frecuencia en prácticas dietéticas, nos permitirán contribuir en el cuidado, promoción y prevención de la salud.

Estudios citados anteriormente, ponen de manifiesto la relevancia de evaluar los conocimientos de autocuidado necesarios sobre Diabetes mellitus tipo 2 y así fomentar información en los criterios de autocuidado con bajo conocimiento. Esto incentiva al paciente en adquirir información que enriquezca sus conocimientos, generando así destrezas para su cuidado y mejorando sus condiciones de vida.

El ADA (Asociación Americana de Diabetes) recomienda una evaluación del nivel de conocimientos sobre la diabetes y las habilidades en el cuidado que deben tener los diabéticos (9). Manifiesta también que la evaluación se debe llevar a cabo anualmente para promover una educación continua y satisfactoria sobre las prácticas de autocuidado.

Es así que consideramos fundamental la evaluación de los conocimientos y el apoyo de los pacientes que acuden al centro de Atención Ambulatoria 302



del IESS de la ciudad de Cuenca, el determinar sus prácticas de autocuidado nos permite conocer los problemas de trasfondo en sus conocimientos. Además con los resultados obtenidos, serán la línea base para establecer cambios en las estrategias de educación por parte de los profesionales de la salud.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Definición Diabetes Mellitus

Para la Organización Mundial de la Salud, la diabetes es una enfermedad de tipo metabólica que se presenta por defectos en la segregación de la insulina, función realizada por el páncreas. Esta anomalía en el metabolismo humano, se produce cuando dicho órgano realiza su función de manera insuficiente (relativo o absoluto) o cuando el propio organismo no utiliza la insulina que normalmente produce de manera eficaz (10). El efecto inmediato es la hiperglucemia, que está determinada por un aumento en los niveles de azúcar en la sangre. Cuando éste mecanismo se cronifica, dará paso a una serie de lesiones y disfunciones de diversos órganos como: polifagia, poliuria, polidipsia, trastornos visuales, dando lugar a complicaciones irreversibles que son de alta mortalidad (11).

2.2 Epidemiología

A nivel mundial, se estimaron que 285 millones de personas fueron afectadas por la diabetes en el 2010 (6,6% de la población adulta) y se proyecta una tasa de 438 millones de diabéticos para el año 2030 (7,8% de la población adulta) (12). Actualmente la distribución por edad de los pacientes diabéticos es de 132 millones de personas con diabetes entre 40 a 59 años, considerándose el mayor número de personas diagnosticadas con dicha patología (13).

2.3 Diabetes en Ecuador

En el año 2014, en América del Sur se estimaron que la diabetes estuvo presente en el 8,1% (25 millones) de la población (14). En el 2011, se registraron 62.304 defunciones generales, las principales causas de muerte fue la Diabetes Mellitus y las enfermedades hipertensivas, con 4.455 y 4.301 casos, respectivamente. En el año 2013, se registraron 63.104 muertes en el

Ecuador, de las cuales 4.695 fueron causadas por la Diabetes Mellitus, esto evidencia que una de las enfermedades crónico no transmisibles (Diabetes Mellitus) constituye una de las principales causas de defunción en el país. (5)

En el año 2014 se presentaron 544.000 casos de diabetes en Ecuador, con una prevalencia de 5.7%, de las cuales se registraron 4.541 muertes (5).

2.4 Conocimientos, Actitudes y Prácticas

La OMS de acuerdo a datos epidemiológicos, demuestra que una adecuada nutrición, autocuidado y tratamiento, promueven el control de enfermedades como la Diabetes e HTA, en pro de la prevención de complicaciones (10)

De acuerdo a los objetivos del Milenio del Ecuador, se busca mejorar la salud de los pacientes, mediante proyectos que involucren la promoción y prevención de la Salud. Sin embargo, su implementación ha sido insuficiente para alcanzar las metas propuestas. Los pacientes diabéticos necesitan cribarse de manera periódica y cumplir con ciertos objetivos del tratamiento como controlar su glicemia en la sangre, asistir de manera periódica a los controles médicos, evitar adquirir complicaciones crónicas para su salud, mantener normales sus signos vitales, adquirir prácticas que mejoren su estilo de vida, y afrontar su enfermedad con la mejor actitud.

Es necesario aplicar un protocolo individualizado en cada paciente diabético, de acuerdo a los requerimientos de la etapa de su enfermedad. Investigaciones consideran necesario utilizar un método trans teórico, el cual se basa en el concepto de cambio para la reconstrucción de las condiciones de salud de la sociedad, que determine la motivación en la que nuestros pacientes se encuentran para que las instituciones realicen cambios para mejorar su estilo de vida (15) .

Es por esto que los estudios CAPS se han utilizado por ser la base fundamental de diagnóstico, para ofrecer información a instituciones y organizaciones responsables de ejecutar, crear y evaluar los Programas de Promoción en Salud, pues se ha identificado que las influencias sociales, hábitos, conocimientos, experiencias, actitudes, posibilidades de cambio entre otras son consideradas determinantes del comportamiento de la Salud (14).

2.5 Definición CAP

Factores de comportamiento que motivan a las personas a tener determinados hábitos de higiene y cuidado personal (16).

El modelo CAP'S (conocimientos, actitudes y prácticas) es una herramienta de análisis cuantitativa de comportamientos de educación, descubierta a partir de las teorías cognitivas-conductuales, que se enmarca dentro de los modelos de educación persuasiva, que se ha venido utilizando desde los años 70. Esta herramienta ayuda a conocer de manera descriptiva a una población, partiendo de ello, asume que para la transmisión de conocimientos se debe apoyar en diversas metodologías que ayudan a modificar los conocimientos de las personas o de la población y, en consecuencia, promueve el cambio de hábitos o la adopción de uno nuevo (17).

2.6 Utilidad de la CAP:

- Permite analizar comportamientos que se deberían saber, actitudes que se deberían pensar y prácticas que se deberían realizar.
- Permite entender lo que la gente hace y por qué.
- Evalúa la factibilidad del cambio de un comportamiento.
- Sirve para mejorar el impacto de las medidas de un proyecto pues el mismo se utiliza en la planificación de una investigación (18).

Estudios

En un estudio transversal denominado “Knowledge, Attitudes and Practices of People with Type 2 Diabetes Mellitus in a Tertiary Health Care Centre, Umuahia, Nigeria” (2012) (19), señalan que el conocimiento y la práctica de las personas que viven con diabetes mellitus (DM) juega un papel importante para determinar el éxito en el manejo de la enfermedad. Este estudio tuvo como objetivo explorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las personas con Diabetes Mellitus (DM) en cuanto al consumo de alimentos. Se estudió a 197 pacientes que asisten a una clínica diabética en Nigeria. La edad de los sujetos era de 30 años o más. Más de la mitad de los sujetos (52%) tenían educación superior. Sólo el 27% en esta población estudiada tenía peso normal, 57% y 12.5% eran sobrepeso y obesidad respectivamente. La prueba CAP mostró que el 57% tienen conocimiento pobres, mientras que el 56,6% y el 51% tenían mala actitud y práctica respectivamente. La relación entre el CAP y el estado nutricional no fue significativa ($P > 0,05$). Como conclusión manifestaron que los pacientes diabéticos tienen escaso conocimiento sobre el manejo de la dieta, lo que influyó en sus prácticas de actitud y de consumo de alimentos a pesar de su formación académica. Por lo tanto, hay una necesidad urgente de programas de educación en diabetes para mejorar y prolongar el tiempo de vida de los diabéticos.

En la investigación “Knowledge, Attitudes and Practice of Diabetes in Rural Bangladesh: The Bangladesh Populación Based Diabetes and Eye Study (BPDES)” (2014), con una muestra aleatorio de 3104 adultos, residentes de un distrito rural de Bangladesh, los cuales fueron sometidos a una encuesta KAP respecto a la diabetes que evalúa características sociodemográficas y antecedentes clínicos. Se realizaron análisis descriptivos, Chi-cuadrado y regresión. Los participantes tenían entre 30 y 89 años ($M = 51$, $SD = 11,8$) y el 65,5% eran mujeres. La prevalencia de diabetes se encontró que era 8,3%. La mayoría (93%), reportó haber oído hablar de la diabetes, sin embargo, sólo el 4% sabía lo que era una prueba de tolerancia a la glucosa. Sólo el 50% informó que la inactividad física es un factor de riesgo. Edad,



sexo, nivel de educación y el estatus socioeconómico (SES) se asociaron significativamente con el CAP. Una proporción menor (41%) de los participantes de más edad (edad \geq 65 años), informó que sabían que las modificaciones dietéticas ayudan en el control de la diabetes en comparación con los menores de 35 años (69%), $p < 0,001$. Los participantes menores de 35 años, tuvieron actitudes significativamente positivas hacia los tratamientos de la diabetes en comparación con los mayores de 65 años. El conocimiento de la diabetes y sus factores de riesgo, es muy limitado en zonas rurales de Bangladesh, incluso en personas con diagnóstico de DM tipo 2. El desarrollo de programas de salud pública para aumentar el conocimiento de la diabetes y sus complicaciones es necesario para ayudar a las personas que viven en zonas rurales de Bangladesh para el control y manejo de la diabetes (20).

Otro estudio realizado en Pakistán, con 199 pacientes diabéticos cuya edad media fue 53 años, la media de evolución de la enfermedad fue 8 años. Los resultados demuestran que el conocimiento es inversamente proporcional a la edad ($p=0.001$). Se encontraron resultados altos sobre el nivel de conocimientos en hombres ($p=0.03$). Las creencias sobre la enfermedad disminuyen mientras aumenta la edad, estos resultados son altos en el género masculino ($p<0.001$). En cuanto a los autocuidados diarios se observó que son realizados por los pacientes que tienen un menor tiempo de evolución de la enfermedad y por aquellos que asisten a sus controles médicos regulares (27).

Por otra parte, un estudio transversal denominado “Diabetes related health knowledge, attitude and practice among diabetic patients in Nepal” (2015), tuvo por objetivo determinar el nivel de diabetes relacionada con el conocimiento de la salud, actitudes y prácticas (CAP) entre los pacientes diabéticos y los factores asociados con el CAP. Un total de 244 pacientes diabéticos fueron entrevistados entre julio y noviembre de 2014. Los datos se recogieron mediante entrevista utilizando cuestionarios evaluadores. Más de la mitad (52,5%) de todos los pacientes eran mujeres, el 18% eran



analfabetos, y el 24,6% eran de residencia rural. Los factores de riesgo relacionados con la diabetes eran comunes entre los pacientes diabéticos; el 9,8% fuma, consume alcohol el 16%, y el 17,6% reportaron baja o nula actividad física. Puntuación mediana para el conocimiento, la actitud y la práctica eran 81, 40 y 14, respectivamente. Entre todos los pacientes, 12,3%, 12,7% y 16% obtuvieron un conocimiento muy satisfactorio, la actitud y la práctica, respectivamente. Los resultados muestran que se necesita un potencial mejorado de conocimientos sobre la salud de la diabetes para una mejor promoción de la salud (21).

2.7 Definición de Conocimiento

Para Piaget, el conocimiento es descrito como una construcción que se efectúa desde el interior del individuo y no como una interiorización del entorno, a la manera de la teoría conductual. Este fenómeno se produce cuando el individuo a través de mecanismos de acomodación y la asimilación, recibe nuevas informaciones modificando a la vez sus estructuras preexistentes (22).

El conocimiento es la información que cada persona posee y es necesaria para ejecutar una actividad. El conocimiento en autocuidado, es una herramienta fundamental para controlar la enfermedad; es así que se han realizado varios estudios en los cuales se determina que los niveles de conocimientos son insuficientes en los diferentes grupos etarios.

Estudios

Un estudio realizado en los consultorios médicos del Policlínico Docente Área V del municipio Cienfuegos, en el Consejo Popular “la Juanita” (2010), elaborado con el objetivo de valorar el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2, tuvo un universo de 120 pacientes, en donde se comprobó que el mayor número de pacientes tenía más de 10 años de evolución de su enfermedad. El 50% de pacientes tiene más de 65 años, el 57% tienen conocimientos insuficientes. Como conclusión acotan que una persona con

diabetes que se preocupe día a día por aprender todos los aspectos que se relacionan con su condición de vida, será capaz de tomar las mejores decisiones en todo momento y estará atento para evitar problemas o situaciones que compliquen su enfermedad (23).

De acuerdo a un estudio realizado en la ciudad de Lima- Perú (2008), a 31 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, mediante la aplicación de una encuesta de 16 preguntas que abarca aspectos como: generalidades, factores de riesgo asociado, complicaciones, tratamiento, dieta, ejercicio; con el fin de valorar el nivel de conocimientos de los pacientes con diabetes, obtuvieron los siguientes resultados: 12.9% conocimiento adecuado, 48.34% conocimiento intermedio y 38,71% conocimiento inadecuado. Esto nos demuestra que la población estudiada presenta un conocimiento insuficiente debido a una pobre educación sobre su patología. Al observar los resultados podemos valorar que es imprescindible realizar este tipo de encuesta pues nos ayuda a evaluar aspectos y áreas importantes que son necesarias para la educación de un diabético (24).

En un estudio realizado en la ciudad de Lima, Perú en el Hospital nacional Luis Sáenz PNP (2012) , en el año 2012, se determinó el nivel de conocimientos sobre Diabetes mellitus para lo cual se entrevistaron 333 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, obteniendo como resultado un nivel de conocimiento global de la enfermedad intermedio en el 61.5% de los casos. En relación al conocimiento sobre las causas de la enfermedad, el nivel también fue intermedio (48.7%), al igual que en las medidas preventivas con un 51,3%. Mientras que al valorar los conocimientos sobre las complicaciones, el nivel que se encontró fue inadecuado en el 71,8% de los casos (25).

Otra investigación de tipo transversal realizada en la India (2013) para determinar el conocimiento y complicaciones de la diabetes tipo 2 en pacientes diagnosticados de esta enfermedad, se encontró que el nivel de conocimientos sobre la enfermedad y sus complicaciones no era el adecuado (26).

En Islamabad, Pakistan (2010), se hizo un estudio descriptivo que incluyó un centenar de diabéticos tipo 2. Los pacientes fueron entrevistados mediante un cuestionario estructurado. La edad media de los pacientes fue de 50 +/- 5 años con la razón hombre-mujer de 1: 3. Los conocimientos de los pacientes sobre la diabetes fueron bajo. La media de respuestas correctas para los factores de riesgo y complicaciones de control glucémico fue 33,5%, 69% y 39%, respectivamente. El 61% de los pacientes controlan regularmente azúcar en la sangre, pero sólo pocos sabían valores de glucosa en sangre objetivos. Sólo una sexta parte de todos los pacientes pudo contestar correctamente la pregunta respecto a la nutrición. Un 92% reconoció la presión arterial como factor de riesgo, mientras que las respuestas correctas para hiperlipidemia, el tabaquismo, el estilo de vida sedentario y el peso corporal fueron 42%, 70%, 76% y 66%, respectivamente. Los conocimientos sobre complicaciones oculares y renales también fue bastante bajo. Los médicos fueron la principal fuente de información a disposición de la población de prueba. Como conclusiones determinaron que las puntuaciones de conocimiento, actitudes y prácticas eran bajas en la mayoría de las áreas de cuidado de la diabetes haciendo hincapié en la necesidad de esfuerzos educativos adicionales (27).

2.8 Diabetes Mellitus Tipo 2

La Diabetes tipo 2 es el tipo etiológico más frecuente tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados, estimada en cifras en el 90% de todos los casos (28). La incidencia y la prevalencia de la DM 2, dependen en gran medida del índice de masa corporal, la duración en años del exceso de peso y la actividad física (29).

2.8.1 Clasificación y Fisiopatología

Asociada a Obesidad: 85%

Presenta un marcado componente genético con una concordancia entre gemelos homocigotos del 80%. Tiene una herencia poligénica con la contribución de alelos diabetogénicos (30).

Asociada a la obesidad, sedentarismo y envejecimiento, el exceso de grasa produce disfunción en la capacidad de expansión y almacenamiento del tejido adiposo. Este exceso de lípido se acumula ectópicamente en hígado, músculo, células beta; células que no están diseñadas para almacenar grasa, produciendo un efecto tóxico (Lipotoxicidad), que contribuye a la resistencia de insulina.

Por lo tanto el páncreas secreta anormalmente más insulina con el propósito de romper esta resistencia, pero cuando este proceso se rompe, ya no puede conseguirlo y la glucosa en la sangre se eleva, instaurándose la Diabetes. Este proceso de exceso de grasa, lipotoxicidad e inflamación en tejido adiposo, músculo, hígado y células B, produce las manifestaciones del Síndrome Metabólico dependiendo conjuntamente con la vulnerabilidad genética (31).

No asociada a Obesidad: Herencia monogénica (2%-5%)

De inicio temprano, herencia autosómica dominante. Presenta secreción defectuosa de insulina. Tipo más común MODY 2 (mature onset diabetes of young), la cual produce mutaciones en la glucocinasa. No está asociada a HTA, obesidad, dislipidemias o aumentos en la frecuencia de complicaciones (32).

2.8.2 Factores de Riesgo

Según Las Guías ALAD de Diagnóstico y Control de la Diabetes, es prioritario hacer énfasis en la necesidad de controlar factores de riesgo que están asociados a esta enfermedad, entre los cuales se destacan:

No Modificables

- Edad superior a 45 años.
- Sexo
- Etnia
- Diabetes durante un embarazo previo.
- Antecedentes familiares.
- Peso bajo al nacer menos de 2.5 kg.
- Acantosis pigmentaria. Provoca oscurecimiento y engrosamiento de la piel alrededor del cuello o las axilas.
- Síndrome de Ovario poliquístico.
- Tolerancia anormal a la glucosa: Categoría de glucosa en sangre más alta de lo normal pero que se encuentra por debajo de los valores referenciales para el diagnóstico de diabetes.

Modificables

- Peso corporal excesivo, sobre todo a nivel de la cintura IMC mayor a 25kg/m²
- Alimentación.
- Colesterol HDL Menor a 35mg/dl
- Triglicéridos 250 mg/dl
- Carne roja rica en hierro (precursora de compuestos nitrosos).
- Mal nutrición fetal
- Alcohol y tabaco (33)

2.8.3 Signos y Síntomas

Los signos y síntomas se producen cuando existe una hiperglicemia crónica en sangre, por lo que el organismo trata de eliminar el exceso de glucosa por medio de la orina, produciéndose este efecto con gran frecuencia, esto

provoca la deshidratación y una sed excesiva que será compensada cuando se activa el mecanismo de la sed para evitar eliminar el exceso de agua que sale por la orina (33).

2.8.4 Criterios Diagnósticos

Sabemos que la glicemia basal es la concentración de glucosa en la sangre en el periodo postabsortivo del ayuno. Se requiere por lo tanto un ayuno de 8 a 12 horas para un correcto diagnóstico:

- Dos o más glicemias ≥ 126 mg/ dl en ayuno
- Glucosa Plasmática Casual (Sin relación comida y en cualquier momento) ≥ 200 mg/dl, asociada a síntomas clásicos poliuria, pérdida de peso, y polidipsia.
- Respuesta a la sobrecarga a la glucosa alterada con una glicemia a las dos horas post sobrecarga ≥ 200 mg/dl (34).

La HbA1 indica el estatus crónico de hiperglucemia, se toma en cualquier momento. Estudios muestran que no tiene cifras de sensibilidad y especificidad adecuadas para ser uno de los 3 principales criterios de diagnóstico: Normal: menos de 5.7%. Prediabetes: 5.7 – 6.4% Diabetes: 6.5 o superior.

2.9 Definición de Actitud

De acuerdo a la Real Academia Española, se define a la actitud como un estado de ánimo que se expresa de una cierta manera. Una actitud es la manera de comportarse u obrar una persona ante un hecho o situación (35). Una actitud es un gesto exterior que expresa una preferencia, es un predicado de comportamiento futuro.

Estudios

Un estudio realizado con 377 pacientes en la ciudad de Buenos Aires Argentina, en donde los instrumentos utilizados fueron formularios para

determinar las actitudes, prácticas y autocuidado en diabetes. Al obtener los resultados, se determinó que cuanto más negativa resultó la actitud hacia la diabetes, mayor fue la valoración de la enfermedad como amenaza y mayor fue la utilización de un afrontamiento de tipo evitativo. La mayoría de los pacientes con actitud positiva dijo que su familia siempre los apoyaba en el cuidado de la salud (77,2%), que no se fastidiaba por la dieta o cuidados especiales que debía realizar (84%) y que su autoridad en la familia era igual que antes (86,1%). Por su parte, una importante proporción de los que presentaban una actitud negativa consideró lo contrario.

Se puede destacar que las personas con un nivel social medio alto al tener mayores recursos para enfrentar su salud, valoran su situación como desafío y afrontan la misma de una manera positiva y activa. Mientras los que tienen un nivel bajo social, valoran su situación como irrelevante y adoptan un afrontamiento pasivo.

Estos hallazgos muestran que la educación diabetológica es insuficiente para lograr una adhesión a buenas prácticas y tratamientos, pues solo se relaciona al componente cognitivo de las actitudes, y en este caso a los que presentan un afrontamiento negativo a la misma. Una actitud positiva favorece la valoración de la enfermedad como desafío. Esto promueve la generación de estrategias activas de afrontamiento, más apropiadas para mejorar el cumplimiento de las pautas de autocuidado y prevenir las complicaciones de corto y largo plazo (36).

2.10 Definición de Práctica

Según el diccionario de la Real Academia Española, la definición de práctica para el contexto de nuestra investigación, es la acción de realizar ideas, planes y proyectos gracias a la aplicación de conocimientos anteriormente obtenidos. Son una serie de comportamientos relacionados (acción explícita y observable, que se considera realizar con un fin) (35).



2.10.1 Prácticas y Autocuidado

Actividad del individuo orientada hacia un objetivo. Es la base para el cuidado y manejo del paciente diabético. En 1918 Elliot P. Josler, médico de los EE.UU, fue el pionero en educar a pacientes y familiares sobre diabetes, afirmando que “el diabético que más sabe, es el que más vive”, por lo tanto la educación es el tratamiento del diabético (37).

La diabetes es una enfermedad que abarca grandes complicaciones, por lo tanto requiere vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad, metas de tratamiento, como contribuir a su propio cuidado y por lo tanto actitudes que permitan afrontar su problema de salud (38).

Estudios

En un estudio realizado en el años 2010, con el propósito de determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes, participaron 251 personas que acuden al hospital de México, en donde los datos fueron obtenidos mediante una entrevista domiciliaria, aplicando un cuestionario y una Escala de capacidad de Autocuidado. Los resultados mostraron que el 33% de los sujetos presentan buena capacidad de autocuidado y el 66% una capacidad regular. Concluyéndose que la mayoría de las personas con diabetes tienen autocuidados regulares, y que a su vez ésta se encuentra condicionada a múltiples variables como los años de evolución de la enfermedad, los cuales merecen atención en el momento en que se realizan los programas de educación para mejorar el nivel de autocuidado (39).

El objetivo de la educación y autocuidado es dar conocer al paciente las causas de su patología, los cambios en su alimentación y estilo de vida entre los que se considera: la actividad física, ingesta de medicamentos que son imprescindibles para su enfermedad, control de glicemia, identificación de signos de alarma, entre otros. El buscar nuevas estrategias para el autocuidado de la enfermedad, será la mejor opción para mantener su calidad de vida estable.



Gran parte de los propósitos en educar a un paciente diabético es prevenir las complicaciones entre las cuales tenemos:

- Alteraciones Cardiovasculares (HTA, Dislipidemias, colesterol, ECV).
- Retinopatía y Nefropatía Diabética
- Neuropatías Distales, Pie Diabético
- Infecciones de Piel y Tracto urinario
- Cáncer

Al promover el interés por parte de los diabéticos en el conocimiento de su enfermedad, lograremos un cambio en la actitud y práctica para su cuidado personal.

El tratamiento integral de un diabético consiste en controlar la mayoría de los riesgos potenciales de su patología, con el fin de disminuir posibles complicaciones propias de la enfermedad.

Dieta: La dieta es el pilar fundamental para tratar esta enfermedad con el objetivo de:

- Mantener el peso ideal
- Prevenir variaciones diarias de la glicemia
- Mejorar la presión arterial
- Controlar la nutrición, que debe ser distribuido en raciones diarias (de 5 a 6), para reducir los picos glucémicos postprandiales (40).

Actividad física: El ejercicio regular (mínimo 3 días) aporta grandes beneficios a la salud:

- Permite bajar el nivel de azúcar en la sangre, quemar el exceso de grasa que acumula.

- Mejora el flujo sanguíneo y la presión arterial.
- Manejar el estrés y la tensión que presenta.
- Es muy importante verificar el azúcar en sangre 5 minutos antes y después de la actividad física (46).

Fármacos: se recomienda un tratamiento con antidiabéticos en personas en donde no ha habido un cambio favorable en sus concentraciones de glucosa sanguínea en el momento de utilizar un tratamiento no farmacológico. Además, se sugiere insulino terapia a los pacientes diabéticos clínicamente inestables por estados de descompensación (40).

Por lo anterior se afirma que para lograr cambios y niveles de control exitosos en los pacientes con diabetes, es necesario utilizar el análisis CAP; pues en diversos estudios, citados anteriormente, se demuestra que los pacientes no tienen niveles de conocimientos suficientes, ni actitudes que motiven a controlar su patología de base. En este contexto, se plantea realizar esta investigación, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que acuden al centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS de la ciudad de Cuenca, los resultados serán la línea base para diseñar estrategias educativas por parte del personal médico competente, que permitan disminuir costos económicos por demanda de atención sanitaria. En cuanto a los pacientes nos permitirá elevar su calidad de vida reduciendo y retrasando la aparición de retinopatías, nefropatías, cardiopatías, pie diabéticos, entre otros.



3. OBJETIVOS

3.1 General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 mayores, de 39 años de edad, que consultaron en el Centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Cuenca, durante mayo a julio de 2015.

3.2 Específicos

3.2.1 Clasificar el grupo de estudio según edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad y lugar de residencia habitual.

3.2.2 Determinar el nivel de conocimientos (generalidades de diabetes, factores de riesgo asociados, complicaciones de la enfermedad, tipo y duración de tratamiento y medidas de autocuidado).

3.2.3 Establecer el tipo de actitud (nivel cognitivo, afectivo y comportamental).

3.2.4 Establecer el tipo de práctica (según dieta, actividad físico y cuidado de los pies).

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo, en la cual se determinó los conocimientos actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos.

4.2 Área de Estudio

La investigación se realizó en el centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), ubicado en el centro histórico de la ciudad de Cuenca, calles Simón Bolívar y Presidente Borrero 690. Esta institución, funciona como casa de Salud desde 1938, atiende alrededor de 12.000 consultas por mes y presta servicios de medicina general, familiar, odontología, cardiología, gastroenterología, psiquiatría, ginecología, psicología, laboratorio clínico, electrocardiografía e imagenología (41).

4.3 Unidad de Análisis

El estudio se realizó en pacientes diabéticos mayores a 40 años, que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y que firmaron el consentimiento informado.

4.4 Universo y Muestra

El universo estuvo conformado por aproximadamente 1000 pacientes, entre hombres y mujeres mayores de 40 años, diagnosticadas de diabetes mellitus tipo 2, quienes son cribados en el departamento de Medicina Interna del centro de salud Ambulatoria 302 del IESS.

Se estudió una muestra no probabilística de 289 pacientes diabéticos que asistieron a control durante los meses de mayo a julio del 2015. Los

pacientes ingresaron al estudio de manera secuencial, de acuerdo al cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

4.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

Pacientes diabéticos mayores de 40 años y que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

Pacientes que padecen trastornos cognitivos (Alzheimer, Demencia, Parkinson, psicópatas), hipoacusia, trastornos del lenguaje.

4.6 Operacionalización de las Variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA |
|--------------------------------------|---|-----------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista | Tiempo | Años | 40-64 ≥ 65 |
| Sexo | Características fenotípicas que diferencia a hombres de mujeres | Fenotipo | Tipo | Masculino Femenino |
| Tiempo de Evolución de la DM2 | Tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la fecha de la encuesta | Tiempo | Años | < 10 años 10-20 años >20 años |
| Lugar de residencia habitual | Área geográfica donde la persona reside en los últimos 5 años | Área geográfica | Tipo de área geográfica | Rural Urbana |
| Conocimiento sobre DM2 | Saberes que una persona tiene sobre DM2: generalidades de | Tipo de Saberes | Tipo de saberes (anexo 2) | Adecuado Intermedio Inadecuado |

| | | | | |
|----------------------------|---|------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| | DM2, factores de riesgo asociado, complicaciones, tipo y duración del tratamiento y autocuidado. | | | |
| Actitud sobre DM2 | Tipo de comportamiento cognitivo, afectivo y procedimental de DM2 | Tipo de comportamiento | Tipo de comportamiento (anexo 3) | Positiva Neutra Negativa |
| Prácticas sobre DM2 | Acción sobre alimentación, actividad física y autocuidado de la salud que las personas diabéticas realizan. | Tipo de acción | Tipo de acción (anexo 4) | Muy Bueno Bueno Malo |

4.7 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Los datos sobre variables sociodemográficas y conocimientos, actitudes y prácticas sobre DM2, se recolectaron en un formulario, mediante entrevista realizada entre las 06:00 – 15:00 de lunes a viernes, desde el 1 de mayo hasta el 31 de julio de 2015.

Los conocimientos sobre DM2 se valoraron con aplicación de un cuestionario obtenido de la publicación denominada “Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con DM2 que acuden a Hospitales Generales”, el cual consta de 13 preguntas abiertas sobre generalidades, factores de riesgo, daños, complicaciones, tipo, duración de tratamiento y autocuidado. Si Las respuestas son adecuadas se da un valor de 2 puntos, intermedio 1 punto e inadecuadas 0 puntos. La clasificación final de conocimientos adecuado se adjudicó a los que tuvieron entre 20 y 26 puntos, intermedios entre 14 y 19 puntos e inadecuado entre 0 a 13 puntos. (Anexo 2) (25).

El cuestionario sobre actitudes, obtenido del estudio denominado “Actitudes, Afrontamiento y Autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2”, consta de 12 preguntas sobre componentes cognitivos, afectivos y comportamentales; para su evaluación los indicadores de la encuesta 1, 2, 3, 6, 8, 9 y 11 correspondieron a actitudes negativas hacia la enfermedad; el resto, a positivas. Para las actitudes negativas, el acuerdo se puntuó con -2 y el desacuerdo con 2; para las positivas en forma inversa. De esta manera, un puntaje total negativo indicó una actitud negativa hacia la enfermedad, el 0 marcó una postura neutral y un puntaje positivo reflejó una actitud positiva. (Anexo 3) (36).

Por último, de la investigación anteriormente citada, se obtuvo un segundo cuestionario sobre prácticas en estilos de vida saludable y autocuidados, el cual consta de 23 preguntas sobre Dieta, ejercicio, medición, autoexámenes y cuidado de los pies. La encuesta se evaluó según las puntuaciones de los indicadores: nunca (0), alguna vez o rara vez (1) y casi todos los días o siempre (2). La variable fue categorizada en muy buena 80 - 100%; buenas prácticas entre 69 – 79% y malas menos de 69%.

4.8 Plan de Tabulación y Análisis

Las variables edad y tiempo fueron analizadas en medianas, valores mínimos y máximos, posteriormente, fueron categorizadas según la operacionalización de las variables y presentadas en tablas de distribución de frecuencias. Y las variables de conocimientos, actitudes y prácticas sobre DM2 se presentaron en tablas de distribución de frecuencias.

4.9 Aspectos Éticos

El protocolo fue aprobado por la Comisión de Asesoría de Trabajos de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (CATI) el 20 de Mayo del año pasado. Posterior se solicitó la autorización respectiva al Dr. José Bustamante Medina, Director del CAA



IESS 302 y Director de la Investigación, para realizar las encuestas respectivas. Se entrevistó a las personas que firmaron el consentimiento informado bajo la premisa que sus datos serán utilizados solamente con fines investigativos y serán de absoluta confidencialidad.

5. RESULTADOS

Se estudió a 289 paciente diabéticos. La edad minina fue de 40 años, la mediana fue 69 años y la máxima de 94 años.

Del total de la muestra, el 64% (n=185) tenía más de 65 años de edad. En el estudio predominó el sexo femenino 61,6% (n=178). El área urbana conformó el 91% (n=263).

El 36.7% (n=106) de pacientes tienen un tiempo de evolución de la Diabetes menor a 10 años; 35.6% (n=103) entre 10 a 19 años y el 27.7% (n=80) más de 20 años (Tabla1).

Tabla 1. Distribución del grupo de estudio según características socio demográficas, Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS, Cuenca, 2015

| Variable | Frecuencia (n=289) | Porcentaje |
|--------------------------------|--------------------|------------|
| Grupo etario (años) | | |
| 40-64 | 104 | 36,0 |
| >65 | 185 | 64,0 |
| Sexo | | |
| Femenino | 178 | 61,6 |
| Masculino | 111 | 38,4 |
| Lugar de Procedencia | | |
| Rural | 26 | 9,0 |
| Urbana | 263 | 91,0 |
| Evolución de DM2 (años) | | |
| <10 | 106 | 36,7 |
| 10 – 19 | 103 | 35,6 |
| > 20 | 80 | 27,7 |

Fuente: formularios de recolección de datos

Elaboración: las autoras

De los 315 diabéticos que cumplían con los criterios de inclusión solo 289 aceptaron realizar el cuestionario, lo que supone una tasa de respuesta del 91,74%.

Los pacientes que tuvieron un adecuado nivel de conocimientos según el cuestionario fueron 4 pacientes (1.4%), intermedio 61 (21.1%) e inadecuado 224 (77.5%).

Con referencia a las actitudes frente a la Diabetes, una actitud positiva tuvieron 255 pacientes (88.2%), negativa 15 (5.2%) y neutra 19 (6.6%).

En cuanto a prácticas de los pacientes diabéticos, 16 (5.5%) tuvieron muy buenas, 194 (67.1%) buenas y 79 (27.3%) malas prácticas. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución del grupo de estudio según conocimiento actitudes y prácticas de los diabéticos, Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS, Cuenca, 2015

| Variable | Frecuencia (n=289) | Porcentaje |
|----------------------|--------------------|------------|
| Conocimientos | | |
| Adecuado | 4 | 1,4 |
| Intermedio | 61 | 21,1 |
| Inadecuado | 224 | 77,5 |
| Actitudes | | |
| Positiva | 255 | 88,2 |
| Neutra | 19 | 6,6 |
| Negativa | 15 | 5,2 |
| Prácticas | | |
| Muy Bueno | 194 | 67,1 |
| Bueno | 79 | 27,3 |
| Malo | 16 | 5,5 |

Fuente: formularios de recolección de datos

Elaboración: las autoras

En 4 pacientes se detectó conocimientos adecuados, en donde el 100% correspondió al sexo masculino. 224 pacientes obtuvieron un conocimiento inadecuado de las cuales 142 son mujeres (63,4%) y 82 pacientes fueron hombres (36,6%). 61 pacientes tuvieron conocimiento intermedio, 36 son mujeres (59,0%) y 25 son hombres (41,0%).

De los 16 pacientes con actitud negativa, 10 son mujeres (66,7%) y 5 son hombres (33,3%). Por otro lado, 255 diabéticos obtuvieron una actitud positiva, 156 fueron mujeres (61,2%) y 99 fueron hombres (38,8%).

En 16 pacientes se obtuvo muy buenas prácticas, 12 son mujeres (75%), y 4 son hombres (25%) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución del grupo de estudio según nivel de conocimientos, tipo de actitudes, tipo de prácticas y sexo, Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS, Cuenca, 2015

| CAPs | Sexo | | | |
|----------------------|----------|------|-----------|-------|
| | Femenino | | Masculino | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Conocimientos | | | | |
| Adecuado | 0 | 0,0 | 4 | 100,0 |
| Inadecuado | 142 | 63,4 | 82 | 36,6 |
| Intermedio | 36 | 59,0 | 25 | 41,0 |
| Actitudes | | | | |
| Positiva | 156 | 61,2 | 99 | 38,8 |
| Neutra | 12 | 63,2 | 7 | 36,8 |
| Negativa | 10 | 66,7 | 5 | 33,3 |
| Prácticas | | | | |
| Muy bueno | 12 | 75,0 | 4 | 25,0 |
| Bueno | 118 | 60,8 | 76 | 39,2 |
| Nunca | 48 | 60,8 | 31 | 39,2 |

Fuente: formularios de recolección de datos

Elaboración: las autoras

Fueron 4 pacientes entre 40-64 años, quienes obtuvieron conocimientos adecuados. 224 Diabéticos tienen un conocimiento intermedio sobre la enfermedad, de los cuales 79 (35,2%) pertenecen a las edades entre 40-64 y 145 (64,7%) pacientes mayores de 65 años.

Además, 15 pacientes mayores de 65 años, tuvieron una actitud negativa frente a la DM2, 255 pacientes obtuvieron una actitud positiva, esto indica que 99 diabéticos están entre 40-64 años de edad y 156 (61,1%) son mayores de 65 años. Son 16 personas las que realizan muy buenas

prácticas, de las cuales 6 son pacientes entre 20-40 años de edad (37,5%) y 10 diabéticos (62,5%) son mayores de 65 años. (Tabla 4).

Tabla N 4. Distribución 289 pacientes nivel de conocimientos, tipo de actitudes, tipo de prácticas y grupo etario Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS, Cuenca, 2015

| CAPs | Grupo Etario (años) | | | |
|----------------------|---------------------|-------|-----|-------|
| | 40-64 | | >65 | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Conocimientos | | | | |
| Adecuado | 4 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Intermedio | 21 | 34,4 | 40 | 65,5 |
| Inadecuado | 79 | 35,2 | 145 | 64,7 |
| Actitudes | | | | |
| Positiva | 99 | 38,8 | 156 | 61,1 |
| Negativa | 0 | 0,0 | 15 | 100,0 |
| Neutra | 5 | 26,3 | 14 | 73,6 |
| Prácticas | | | | |
| Muy Bueno | 6 | 37,5 | 10 | 62,5 |
| Bueno | 71 | 36,6 | 123 | 63,4 |
| Malo | 27 | 34,1 | 52 | 65,8 |

Fuente: formularios de recolección de datos

Elaboración: las autoras

Se determinaron que 224 diabéticos tienen conocimientos inadecuados, de los cuales 89 (39,7%) tienen un tiempo de evolución menor a 10 años, 100 (44,6%) pacientes tienen un tiempo de evolución entre 10-20 años y 35 (15,6%) tienen un tiempo mayor a 20 años.

En 15 pacientes se obtuvo una actitud negativa, de los cuales 6 tienen un tiempo de evolución menor a 10 años, 7 (46,7%) pacientes tienen un tiempo de evolución de DM2 entre 10 y 20, y 2 pacientes (13,3%) mayor a 20 años de evolución. En 255 pacientes se obtuvo una actitud positiva, de los cuales 92 (36,1%) tienen menos de 10 años de evolución de DM2, 107 (41,9%) entre 10 y 20 años de evolución y 56 pacientes (21,9%) más de 20 años de evolución.

De los 194 pacientes que obtuvieron muy buenas prácticas, 76 (39,2%) diabéticos tienen menos de 10 años de evolución de diabetes, 77 (39,7%) entre 10 y 20 años de enfermedad y 41 (21,1%) mayor a 20 años. (Tabla 5)

Tabla N 5. Distribución del grupo de estudio según nivel de conocimientos, tipo de actitudes, tipo de prácticas y tiempo de evolución de la enfermedad Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS, Cuenca, 2015

| CAPs | Tiempo de Evolución de la DM2 (años) | | | | | |
|----------------------|--------------------------------------|------|-------|------|------|------|
| | <10 | | 10-20 | | > 20 | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Conocimientos | | | | | | |
| Adecuado | 2 | 50,0 | 1 | 25,0 | 1 | 25,0 |
| Intermedio | 15 | 24,6 | 23 | 37,7 | 23 | 37,7 |
| Inadecuado | 89 | 39,7 | 100 | 44,6 | 35 | 15,6 |
| Actitudes | | | | | | |
| Positiva | 92 | 36,1 | 107 | 41,9 | 56 | 21,9 |
| Neutra | 8 | 42,1 | 10 | 52,6 | 1 | 5,2 |
| Negativa | 6 | 40,0 | 7 | 46,7 | 2 | 13,3 |
| Prácticas | | | | | | |
| Muy Bueno | 76 | 39,2 | 77 | 39,7 | 41 | 21,1 |
| Bueno | 5 | 31,3 | 6 | 37,5 | 5 | 31,5 |
| Malo | 25 | 31,6 | 41 | 51,9 | 13 | 16,5 |

Fuente: formularios de recolección de datos

Elaboración: las autoras

7. DISCUSIÓN

Para la OMS, la determinación de los conocimientos, actitudes y prácticas son objetivos claves para la educación en salud (42). Actualmente los estudios sobre educación en diabetes son frecuentes, siendo fundamental el abordaje terapéutico del diabético, y el desarrollo de programas de educación sobre todo en el nivel de atención primaria en salud.

La participación en la investigación fue del 91,7%, esto nos demuestra que el nivel de interés y aceptación fue bueno. En nuestro estudio existe predominio del sexo femenino 178 (61.6%) frente al masculino 111 (38.4%), resultados similares a un estudio denominado “Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes diabéticos que acuden a hospitales generales” (2008), en donde la mayoría fueron mujeres (54,51%) y hombres (35,4%) (24). Al obtener estos resultados, podemos afirmar que son las mujeres las más afectadas por esta patología debido al poco cuidado que dan a su cuerpo y estilo de vida.

Del total de la muestra, el grupo etario más representativo fue el mayor a 65 años con 185 pacientes (64%), en tanto que el 35.6% de pacientes estuvieron entre 40 – 65 años de edad. Estos resultados son similares al estudio realizado en los consultorios médicos del Policlínico Docente Área V del municipio Cienfuegos, en el Consejo Popular “la Juanita” (2010), en donde el mayor número de pacientes tenía más de 10 años de evolución, el 50% de pacientes tiene más de 65 años y el 57% presentaron conocimientos insuficientes (23).

En el estudio transversal realizado en Pakistán con 199 pacientes, manifiestan que los conocimientos sobre la enfermedad disminuyen al aumentar la edad, lo que coincide también con nuestro estudio al demostrar que los pacientes >65 años, tiene un conocimiento inadecuado del 64.73% (27).

Estas investigaciones demuestran el escaso interés por parte de las personas mayores de 50 años en los temas relacionados a su enfermedad, probablemente debido a la falta de autoestima. Las malas prácticas que adquieren y las complicaciones drásticas que causa esta patología son consecuencia parcial de la escasa información y promoción en educación por parte del personal médico.

El tiempo de evolución de la enfermedad es similar al reportado por otros autores, pues se trata de una población de diabéticos con un tiempo promedio de enfermedad menor a 10 años, 106 pacientes (36.7%) (43) (40). Esto indica que a pesar de tener una enfermedad con un periodo de diagnóstico no superior a 10 años, son estos pacientes quienes presentan las mayores complicaciones derivadas de un escaso conocimiento en autocuidado de la DM2.

Los resultados obtenidos en cuanto a conocimientos, revelan que el 77.5% (n=224) tienen un conocimiento inadecuado frente a la enfermedad, seguido de un 21.1% (n=61) de conocimiento intermedio y un 1.4% (n=4) de conocimiento adecuado, de los cuales el 100% correspondió al sexo masculino entre las edades de 40-64 años y con menos de 10 años de evolución. Los porcentajes de desconocimiento son mayores a los observados en el estudio denominado "Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes que acuden a Hospitales Generales" de donde obtuvimos el cuestionario para nuestro estudio, los resultados que encontraron fueron: 12.9% conocimiento adecuado, 48.39% conocimiento intermedio y 38,71% conocimiento inadecuado con predominio del sexo masculino (25).

En esta investigación, se observa que los pacientes no tienen un concepto claro sobre su patología, muchos de ellos piensan que existe una cura y pocos conocen los factores de riesgo que tiene la diabetes; en este sentido, la mayoría no lleva un estilo de vida saludable, no hacen ejercicio con regularidad, no tienen hábitos alimenticios apropiados. Además, los pacientes diabéticos evaluados, desconocen los nombres de los



antidiabéticos orales e insulina que se administran diariamente, y peor aún, ni la mitad de ellos conoce las medidas no farmacológicas que ayuden a mejorar su estilo de vida. Toda esta situación deriva en que los pacientes diabéticos presenten complicaciones y asistan de manera regular a las instituciones de salud.

Cabe resaltar que la anulación del club de diabéticos que existía dentro de la Institución, ha sido una de los factores negativos que ha incidido en que los pacientes tengan conocimientos deficientes; por tanto se ha visto limitado el acceso a la promoción de salud, situación que se ahonda aún mas, por la baja iniciativa del personal de salud en asumir esta responsabilidad.

El tener una visión asertiva de la enfermedad, predispone al paciente a asumir con actitud positiva y responsable su patología, de ahí que se evidencia en los pacientes diabéticos evaluados el desinterés de mejorar sus estilos de vida. Los especialistas afirman que al ser positivos se reduce el estrés, se adopta hábitos sanos y se adquiere un potencial grande para no resignarse a los problemas.

En la publicación “Knowledge, Attitudes and Practices of People with Type 2 Diabetes Mellitus in a Tertiary Health Care Centre, Umuahia, Nigeria”, demostró que 56.6% enfrenta con actitud negativa su enfermedad, la misma que se ve influenciada por el escaso nivel de conocimientos que presentan (20). Estas afirmaciones no coinciden con nuestro estudio, pues a pesar de que se evidencia un desconocimiento sobre la patología, la actitud que manifiestan ante la enfermedad es positiva, con predominio del sexo femenino 61,20% (n=156) mayores de 65 años entre 10-20 años de tiempo de enfermedad (19).

En varios estudios se identificó actitudes positivas por parte de los diabéticos (44), lo que se valida con el presente estudio, ya que encontramos que el 88.2% (n=255) de diabéticos, tienen una actitud positiva ante su enfermedad. Es así, que se considera pertinente promover la formulación de

estrategias educativas, donde se utilicen estas actitudes positivas en pro fomentar el conocimiento de los autocuidados y prácticas de salud de los diabéticos. Cabe resaltar, que nuestro estudio encontró en los tres parámetros valorados una actitud positiva, resultados similares a una investigación realizada en la Ciudad de Buenos Aires, en donde el 77,2% tiene una actitud positiva con predominio del sexo femenino. (36)

Estos resultados demuestran que a pesar de no tener un conocimiento amplio sobre la enfermedad, la mayoría trata de llevar una vida normal en el ámbito afectivo, cognitivo y comportamental. Si bien es cierto que una situación emocional estable, es favorable para sobrellevar de la mejor manera su enfermedad, no se debe restar importancia a tomar con responsabilidad y empeño las prácticas de autocuidado y modificar el estilo de vida en función de mejorar el bienestar del paciente.

Con respecto a las practicas realizadas por los diabéticos, los resultados obtenidos revelan que 16 pacientes (5.5%) tuvieron muy buenas prácticas; de las cuales 6 son pacientes entre 20 – 40 años de edad (37,5%) y 10 diabéticos (62,5%) son mayores de 65 años. Adicionalmente, se encontró que 194 diabéticos (67.1%) presentaron buenas prácticas y 79 (27.3%) malas prácticas. Estos resultados no se alejan de los reportados en la publicación de Fatma Al-Maskari et al, donde el 37.7% realizan muy buenas prácticas, 47% buenas prácticas y 15.3% malas (45) .

Al igual que nuestra investigación, el estudio realizado en El Puerto de Santa María (Cádiz), se destaca que los pacientes evidencian poco cuidado en su dieta y en el cuidado de su cuerpo, manifestando el desconocimiento de las ventajas del uso de edulcorantes y la ingestión frecuente de alimentos (6).

Entre los parámetros estudiados fueron los autocuidados del paciente con relación a su enfermedad. En este sentido se puede destacar el alto número de pacientes que conocían la importancia de la toma diaria y responsable de los medicamentos así como también el control de las glicemias de acuerdo



las instrucciones del facultativo, resultados superiores al estudiado por Vera Bail Pupko (36).

Con respecto a las malas prácticas (como el cuidado de los pies), se destaca que son las mujeres 60,8% (n=40), las que mayor riesgo tienen de presentar complicaciones. Esta condición también fue evidenciada en el estudio denominado “Autocuidado y factores de riesgo de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo II”, en donde las mujeres mayores de 65 años y con menos de 10 años de evolución, son las que más factores de riesgo presentaron por el mal cuidado de los pies (46).

En nuestro estudio la mayoría de pacientes evaluados no realizan actividad física, esta situación podría estar sujeta a que un gran número de los encuestados superan los 50 años de edad y ven limitada su capacidad física para realizar algún tipo de ejercicio diario. Además, desconocen el tipo de ejercicio apropiado a su condición. En la actualidad el sedentarismo se incrementa diariamente, haciendo que la longevidad se limite.



8. CONCLUSIONES

- En nuestro estudio hubo un predominio del sexo femenino, de los mayores a 65 años y con menos de 10 años de evolución de DM2 y de los pacientes que residen en el área urbana de la ciudad de Cuenca.
- Los pacientes que tuvieron un conocimiento adecuado sobre la diabetes mellitus tipo 2 fue del 1.4%.
- Se destaca la actitud positiva (88.2%), a pesar del déficit de conocimientos frente a la enfermedad.
- Las prácticas hacia la diabetes fueron buenas en el 67.1%.



9. RECOMENDACIONES

- Es importante que los directivos de la institución conozcan los resultados de este tipo de investigación, con el fin de gestionar y promocionar estrategias educativas sobre autocuidado y así mejorar la adherencia al tratamiento, evitar complicaciones y descompensaciones de la enfermedad.
- Un programa de intervención del estilo de vida basado en el hospital debe ser implementado con el fin de mejorar el conocimiento y la práctica de los pacientes en relación con el estilo de vida saludable. Esto debería extenderse a las clínicas de atención primaria donde se atiende la mayoría de pacientes.
- Es imprescindible la reincorporación del club de diabéticos, y los innumerables métodos de enseñanza para una educación en salud.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. **Danaei, G; Finucane , MM; Lu, Y; Singh, GM; Cowan, MJ; Paciorek, CJ.** National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence. *The Lancet* 378 (9785): 31–40. [En línea] 2011. [Citado el: 13 de noviembre de 2014.]
2. **Organización Mundial de la Salud.** Datos y Cifras. OMS. [En línea] enero de 2015. [Citado el: 23 de Diciembre de 2015.]
3. **Clavijo Vargas, Gary Alex.** Grado de conocimiento de la Diabetes Mellitus en la población de barrio "Quijarro" en la provincia Cercado del Departamento de Cochabamba. *Rev Cient Méd* 14 (1): 17-20. [En línea] 2011. [Citado el: 26 de febrero de 2015.]
4. **International Diabetes Federation-IDF.** *Atlas.* España : Federación Internacional de la diabetes, 2014. ISSN 2-930229-85-3.
5. **Instituto Nacional de Estadística y Censos-INEC.** Diabetes y enfermedades hipertensivas entre las principales causas de muerte en el 2013. [En línea] 2013. [Citado el: 12 de Noviembre de 2015.]
6. **Zafra, M, Méndez, J y Failde, I.** Nivel de conocimientos y autocuidados de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de El Puerto de Santa María. *Elsevier* 58(8): 187-192. [En línea] 2010. [Citado el: 15 de marzo de 2015.]
7. **Casanova Moreno, María de la C; Trasancos Delgado , Maricela; Orraca Castillo , Odalys; Álvarez Olga, Maria Prats ; Gómez Guerra , Diana Belkis.** Nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Ciencias Médicas* 15(2): 122-132. [En línea] 2011. [Citado el: 15 de marzo de 2015.]
8. **Ministerio de Salud Pública.** Día Mundial de la Diabetes: MSP ejecuta acciones para reducir su incidencia y complicaciones. MSP. [En línea] 2013. [Citado el: 24 de Diciembre de 2015.]

9. **American Diabetes Association.** Standards of Medical Care in Diabetes-2014. *Diabetes Care* 37 (1): 14-80. [En línea] 2014. [Citado el: 23 de diciembre de 2014.] 0149-5992.
10. **Organización Mundial de la Salud.** Diabetes. *Organización Mundial de la Salud.* [En línea] 2012. [Citado el: 2 de noviembre de 2015.]
11. **Farreras, Valentin y Rozman, C.** Concepto de Diabetes Mellitus. *Medicina Interna.* 17ed. España : Elsevier, 2009, Vol. II, pág. 1764.
12. **American Diabetes Association.** Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 37 (1): 62-89. [En línea] Enero de 2013. [Citado el: 26 de diciembre de 2014.] doi 0.2337/dc14-S081.
13. —. DEFINITION AND DESCRIPTION OF DIABETES MELLITUS. *Diabetes Care* 35 (1): 64-71. [En línea] 2012. [Citado el: 26 de diciembre de 2014.] 10.2337/dc12-s064.
14. **Cabrera A, Gustavo.** El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 18(2): 129-138. [En línea] 2000. [Citado el: 1 de mayo de 2015.] 0120-386X.
15. **Organización Mundial de la Salud.** Report on Diabetes—some sobering reminders. OMS. [En línea] Agosto de 2011. [Citado el: 1 de Noviembre de 2015.]
16. **Gumucio, Sybille** . Ejemplos de Encuestas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas). *Médecins du Monde.* 40 p. [En línea] 2011 . [Citado el: 22 de marzo de 2015.]
17. **Observatorio de Medio Urbano.** III Jornada del Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía. OSMAN. [En línea] 2014. [Citado el: 13 de Octubre de 2015.]
18. **Tenorio Berrezueta, Jaime Rodrigo.** Campaña de prevención e información de la diabetes en el Hospital Enrique Garcés de Quito. *Universidad Central del Ecuador.* [En línea] 2013. [Citado el: 12 de Octubre de 2015.]



19. **Odenigbo , Marian.** *Knowledge, Attitudes and Practices of People with Type 2 Diabetes Mellitus in a Tertiary Health Care Centre, Umuahia, Nigeria.* Nigeria : Journal of Diabetes & Metabolism, 2012. ISSN 2155-6156.
20. **Islam, Fakir M. Amirul et al.** *Knowledge, Attitudes and Practice of Diabetes in Rural Bangladesh: The Bangladesh Population Based Diabetes and Eye Study.* Bangladesh : Ed. Utpal Sen, 2014. 0110368.s001.
21. **Rafique, S.I. Azam and F. White.** *Diabetes Knowledge, beliefs and practices among people with diabetes attending a university hospital in Karachi Pakistan.* Pakistan : La Revue de Santé de la Mediterranee orientale., 2010. págs. 590-598.
22. **Gautam, Anju y Raj Aryal, Dharma Nand BhattaUmesh .** Diabetes related health knowledge, attitude and practice among diabetic patients in Nepal. *National Institutes of Health.* [En línea] 5 de junio de 2015. [Citado el: 20 de Noviembre de 2015.]
23. **Woolfolk, Anita.** *Psicología Educativa. Pearson.* [En línea] 2010. [Citado el: 26 de junio de 2015.] 978-607-442-503-1.
24. **Vicente Sánchez, Belkis M; Zerquera Trujillo, Gisela; Rivas Alpizar, Elodia M; Muñoz Cocina, José A.; Gutiérrez Quintero, Yaremy Teresita; Castañeda Álvarez, Eduardo.** Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* 8(6): 21-27. [En línea] 2010. [Citado el: 20 de marzo de 2015.] 1727-897X.
25. **Milla N, Pérez J, Malaga G, Aphanh M.** Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con DMT2 que acuden a Hospitales Generales. *Rev. Med Hered* 9 (2). [En línea] 2008. [Citado el: 26 de febrero de 2015.]
26. **Melgarejo, N.** Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz. [En línea] 2012. [Citado el: 3 de mayo de 2015.]
27. **Sorganvi v, Devarmani ss, Angadi mm, Udgiri r.** Knowledge and its complications of diabetes amongst the known diabetic patients – a Hospital based study . *IJCRR* 5(22): 100-104. . [En línea] 2013. [Citado el: 4 de mayo de 2015.]

28. **Feudtner, Chris.** Diabetes: the sweet irony of modern technologyQ. *Bull World Health Organ* 89:90–91. [En línea] 2011. [Citado el: 3 de junio de 2015.]
29. **Rojas de P, Elizabeth; Molina Rusty, Rodríguez Cruz.** Definición, clasificación y diagnóstico de Daibetes Mellitus. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.* 10(1). [En línea] 2015. [Citado el: 22 de febrero de 2015.]
30. **McCarthy, MI.** Genomics, type 2 diabetes, and obesity. *N Engl J Med* 363 (24): 2339-2350. [En línea] 9 de Diciembre de 2010. [Citado el: 5 de mayo de 2015.]
31. **Virtue S, Vidal-Puig A.** Adipose tissue expandability, lipotoxicity and the meta- bolic syndrome –an allostatic perspective. *Biochim Biophys Acta* 1801 (13): 338-349. [En línea] marzo de 2010. [Citado el: 22 de diciembre de 2014.]
32. **Farreras, Valentini y Rozman , C.** Clasificación Diabetes Mellitus tipo 2. *Medicina Interna.* 17 Ed. España : Elsiwier, 2009, Vol. II, pág. 1764.
33. **Almeida, VCF; Zanetti, MI; Almeida PC y Coelho, M.** Ocupación y Factores de Riesgo para Diabetes tipo 2. *Rev.Latino-Am. Enfermagem* 19(3) ::(09 pantallas). [En línea] mayo-junio de 2011. [Citado el: 22 de febrero de 2015.]
34. **Nathan, David.** International Expert Committee report on the role of the A1c assay in the diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care* 32 (7):1327-1344. [En línea] Julio de 2009. [Citado el: 17 de febrero de 2015.]
35. **Real Academia Española.** Diccionario de la Real Academia Española. *Madrid: España.* [En línea] 2014. [Citado el: 02 de enero de 2015.]
36. **Pupko V, Azzollini S.** Actitudes, Afrontamiento y Autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Argent salud Pública* 3(10):15-23. [En línea] 2012. [Citado el: 15 de marzo de 2015.]
37. **Joslin Diabetes Center.** The Story of Elliott P. Joslin, M.D. *Joslin Diabetes Center.* [En línea] 2015. [Citado el: 24 de marzo de 2015.]

38. **PrescriptionSolutions.** Guía rápida de autocuidado para personas con diabetes. *United Health Group Company.* [En línea] febrero de 2009. [Citado el: 19 de mayo de 2015.]
39. **Romero I, Santos M, Zanetti M.** Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus Atendidas en un servicio de urgencia en México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(6):[09 pantallas].* [En línea] nov.-dic. de 2010. [Citado el: 18 de marzo de 2015.]
40. **Asociación Latinoamérica de Diabetes- ALAD.** Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. . [En línea] 2007. [Citado el: 25 de marzo de 2015.]
41. **Bustamante Medina, José; Álvarez Palacios, Valeria; Jara Esquivel, Juan; Sarmiento Ullauri, Pamela.** Estructura por Procesos del Hospital del día, Segundo Nivel de Atención Cuenca. *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.* [En línea] 2014. [Citado el: 27 de abril de 2015.]
42. **Chan, Margaret.** La educación y la salud están íntimamente unidas. *Organizacion Mundial de la Salud.* [En línea] 20 de septiembre de 2010. [Citado el: 10 de septiembre de 2015.]
43. **Cáceres I, Aliaga K, Bendezú Z, Garrido E.** . Evaluación de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2. . *Univ Ricardo Palma.7(2):15-19.* [En línea] 2007. [Citado el: 25 de agosto de 2015.]
44. **Navarro J, Rodríguez R, Munguía C.** Nivel de información médica sobre diabetes, actitud de los pacientes hacia la enfermedad y su asociación con el nivel de control glucémico. *Rev. Atención Primaria 26 (5): 283-286.* [En línea] Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Julio de 2013. [Citado el: 15 de mayo de 2015.]
45. **Al-Maskari F, El-Sadig M, Al-Kaabi JM, Afandi B, Nagelkerke N, Yeatts KB.** Knowledge, Attitude and Practices of Diabetic Patients in the United Arab Emirates. *American Journal of Public Health Research 2(3):81-85.* [En línea] 2014. [Citado el: 12 de junio de 2015.] 10.12691.



46. **Moreno MI, Trilla M, Espluga A, Mengual N.** Autocuidados y factores de riesgo de pie diabético en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev. Atención Primaria* 20 (4):186-190. [En línea] 2011. [Citado el: 24 de septiembre de 2015.]
47. **Organización Mundial de la Salud.** Dieta, Nutrición Y Prevención De Enfermedades Crónicas. OMS. [En línea] 2003. [Citado el: 5 de marzo de 2015.] 0509-2507.
48. —. Diabetes. OMS. [En línea] 2012. [Citado el: 12 de Noviembre de 2015.]
49. **Kodama S, Tanaka S, Heianza Y, Fujihara K, Horikawa C, Shimano H, et al.** Association between physical activity and risk of all-cause mortality and cardiovascular disease in patients with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 36 (2): 471-479. [En línea] 2013. [Citado el: 2 de febrero de 2015.]
50. **American Diabetes Association.** Standars of Medical Care in Diabetes 2014. *Medical Management of type 2 Diabetes.* [En línea] 2014. [Citado el: 4 de marzo de 2015.]



11. ANEXOS

11.1 Anexo 1. Cronograma de actividades

| Tiempo | Mes 1,2 ,3 | Mes 2,3,4 | Mes 5, 6,7 | Mes 7, 8 | Mes 9 | Mes 10,11 |
|------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|---|-------------------------|----------------------|
| Objetivo | Protocolo de investigación | Presentación de protocolo | Recolección de datos | Tabulación y procesamiento de datos | Presentación y revisión | Entrega de Tesis |
| Actividad | Consulta bibliográfica | Revisión por experto | Encuesta | Ingreso al SPSS | Revisión | Presentación |
| Resultado | Elaboración | Aprobación | Verificación de datos | Elaboración tablas gráficos, discusión, | Aprobación | Aprobación |
| Recursos | Autoras, Director Asesor | Facultad de CCMM | Autoras, Director Asesor | Autoras, Director Asesor | Facultad CCMM | Facultad CCMM |

**11.2 Anexo 2**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

“Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS de la ciudad de Cuenca. Ecuador 2015”

Formulario N°.....**Fecha:.....****Sexo.....****Edad:.....****Años de Diabetes:.....****Procedencia:.....****Instructivo:**

Este es un cuestionario diseñado para conocer el nivel de conocimientos en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Le agradecemos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos meses, y le informamos que no existe remuneración económica alguna.

PREGUNTAS

1. ¿Sabe usted cuál es el nombre de su enfermedad?
2. ¿Sabe usted qué es? ¿En qué consiste?
3. ¿Es una enfermedad curable?
4. ¿Sabe qué factores descompensan su enfermedad? ¿provocan recaídas?



5. ¿Sabe usted qué daños produce la diabetes en su organismo? ¿Qué órganos afecta?
6. ¿Sabe si usted tiene algún daño en su organismo provocado por la diabetes?
7. ¿Sabe usted que les pasa a las personas que tienen esta enfermedad y no reciben o toman un tratamiento?
8. ¿Sabe usted cuál es el tratamiento que está recibiendo para la diabetes?
9. ¿Sabe usted si el tratamiento que recibe puede tener alguna complicación? ¿Cuál?
10. ¿Qué otras medidas conoce, además de la medicación e insulina, que ayuden a controlar la diabetes?
11. ¿Sabe cuánto dura el tratamiento?
12. ¿Sabe por qué es tan largo el tratamiento?
13. ¿Le han tomado análisis de sangre? ¿Sabe usted para qué le toman dichos análisis? ¿Conoce sus resultados?
14. ¿Tiene apoyo de su familia? ¿Cómo lo apoyan?
15. ¿Pertenece usted a algún grupo de esta enfermedad?
16. ¿Estos conocimientos de dónde los ha adquirido?



12.3 Anexo 3

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

“Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS de la ciudad de Cuenca. Ecuador 2015”

Formulario N°.....

Fecha:.....

Instructivo:

Este es un cuestionario diseñado para conocer las actitudes de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Le agradecemos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos meses, y le informamos que no existe remuneración económica alguna.

Componente cognitivo:

- 1) Pienso que la enfermedad que padezco puede curarse **Si () No()**
- 2) Supongo que, aunque me cuide mucho, igual voy a tener la misma cantidad de complicaciones **Si () No()**
- 3) Creo que olvidarse de que uno padece una enfermedad es la mejor manera de sentirse bien **Si () No()**
- 4) Pienso que hay que cuidarse para estar bien. **Si () No()**

Componente comportamental:

- 5) Trato de seguir las instrucciones del médico **Si () No()**
- 6) Como lo que tengo ganas porque vida hay una sola **Si () No()**



7) Evito comprar alimentos que puedan afectar mi problema de salud **Si () No()**

8) No voy al médico tanto como debería para no volverme loco con los turnos y los estudios. **Si () No()**

Componente afectivo

9) Estoy cansado de cuidarme **Si () No()**

10) Hacerme estudios no me molesta porque es para cuidar la salud **Si () No()**

11) Me encantan todas las cosas que me prohíben **Si () No()**

12) Me gusta cuando veo que mejoro por mi propio esfuerzo. **Si () No()**



12.4 Anexo 4

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

“Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS de la ciudad de Cuenca. Ecuador 2015”.

Formulario N°.....

Fecha:.....

Este es un cuestionario diseñado para conocer las prácticas de los pacientes mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2. Le agradecemos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos meses, y le informamos que no existe remuneración económica alguna.

Dieta:

- 1) Evito los alimentos con grasa como carne de cerdo y embutidos
 - Siempre
 - Alguna vez
 - Nunca

- 2) Selecciono alimentos de bajas calorías
 - Siempre
 - Alguna vez
 - Nunca



- 3) Consumo harinas en forma normal
 - Siempre
 - Alguna vez
 - Nunca

- 4) Trato de distribuir las comidas, evitando grandes atracones
 - Siempre
 - Alguna vez
 - Nunca

- 5) Tomo leche o yogur descremados
 - Siempre
 - Alguna vez
 - Nunca

- 6) Evito el azúcar usando edulcorantes
 - Siempre
 - Alguna vez
 - Nunca

- 7) Elijo pan integral en lugar de pan común
 - Siempre
 - Alguna vez
 - Nunca

- 8) Como frutas, verduras y legumbres
 - Siempre
 - Alguna vez
 - Nunca



Medicación y autoexámenes

9) Utilizo la insulina o los hipoglucemiantes orales tal como los indicó el médico

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

10) Llevo la medicación

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

11) Me hago controles de azúcar tal como los indicó el médico

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

Ejercicios físicos

12) Hago gimnasia, algún deporte o camino

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

13) Consulto con el médico el tipo de gimnasia o deporte que puedo realizar

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca



14) Trato de hacer algún ejercicio todos los días a la misma hora.

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

15) Mido el nivel de azúcar en sangre antes y después del ejercicio

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

Cuidado de los pies

16) Me reviso los pies

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

17) Informo al médico de cualquier herida, cambio o principio de infección en los pies

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

18) Me lavo los pies con agua tibia y un jabón suave

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca



19) Después de lavarme los pies, los seco muy bien sin frotar, especialmente entre los dedos

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

20) Mantengo las uñas de los pies limpias y cortas

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

20) Recorto las uñas de los pies en sentido horizontal rectas

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

21) Uso un calzado cómodo y bien ajustado

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

22) Evito caminar descalzo

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

23) Utilizo una bolsa de agua caliente u otro elemento para calentar los pies.

- Siempre
- Alguna vez
- Nunca

12.5 Anexo 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Nosotros, Daniela Verónica Delgado Abril y Ana Carolina Flores Figueroa, estudiantes de pregrado de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos por realizar la tesis de grado sobre **“Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al centro de atención ambulatoria 302 del IESS de la ciudad de Cuenca. Ecuador 2015”**, bajo la supervisión del Dr. José Bustamante Medina, cuyo objetivo es determinar el nivel de conocimientos , actitudes y prácticas que tienen los diabéticos sobre su enfermedad; para lo cual le invitamos a usted a formar parte de este estudio.

Se realizará tres encuestas validadas para recolectar la información; en un periodo comprendido entre mayo a junio de 2015. La misma será mantenida con absoluta confidencialidad por el grupo de investigadores, nadie tendrá acceso a su información sin su autorización escrita y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de ésta investigación. El beneficio de éste estudio es obtener resultados, que planteen nuevas sugerencias para que los directivos del centro mejoren las estrategias en el cuidado de sus pacientes. La participación para este estudio es estrictamente voluntaria. Sus respuestas al cuestionario serán catalogadas usando un número de identificación para la presentación de los resultados; esto quiere decir que su nombre no será revelado.

Si acepta participar en este estudio se le entregarán los cuestionarios correspondientes al tema de investigación, los cuales deberá responder con absoluta seriedad. Al tener alguna duda sobre este estudio, usted podrá realizar preguntas en cualquier momento al igual que también podrá abandonar su participación en el momento que lo considere necesario.



Agradecemos anticipadamente por su participación.

Habiendo leído y recibido las explicaciones pertinentes de este estudio, yo _____, de C.I. _____, entiendo que: la participación es completamente voluntaria, no tiene ningún costo, no existe remuneración alguna, la información será confidencial y útil para cumplir con los objetivos de éste estudio.

Por lo que acepto de forma voluntaria participar dentro del mismo.

Firma: _____