



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



Actitudes y motivaciones de la persona con diabetes tipo 2

TESIS

Que para obtener el grado de

Licenciado en Enfermería

Presenta

Luis Alberto Silva Ramirez

Asesora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesoras

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Morelia Michoacán

Junio 2017

Directivos

ME. Ana Celia Anguiano Morán

Directora de la Facultad de Enfermería

MSP. Julio César González Cabrera

Secretario Académico

ME. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Secretaria Administrativa

Mesa Sinodal

DRA. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz

Asesora

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Coasesora

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Coasesora

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Vocal 1

Lic. María Isabel Valenzuela Villegas

Vocal 2

Dedicatorias

Este y cada uno de mis logros son dedicados a sobre todas las cosas:

A mis padres mi mayor bendición; a mi madre Ema Silva Ramírez mi ejemplo de lucha y amor incondicional, con el que me impulsa cada día a ser mejor y seguir siempre adelante. Por su amor protector, por enseñarme lo fuerte que se tiene que ser en la vida ante las debilidades que con su apoyo incondicional ante todas las dificultades y alegrías de este caminar han estado ahí para desearme siempre lo mejor y me han enseñado siempre a seguir adelante. Se los dedico con todo mi amor.

A esos amigos que perduran a pesar del tiempo y la distancia y a todas esas personas que en algún momento me brindaron su apoyo y fueron parte de mis experiencias y de mi vida diaria.

Agradecimientos

Primero y como más importante, me gustaría agradecer sinceramente a mi asesora de tesis Dra. Ma. de Jesús Recéndiz su esfuerzo y dedicación.

Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para la formación de esta investigación.

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

Agradezco también al Centro de Salud La Mira por todas las facilidades otorgadas y a las personas con diabetes, porque sin ellas este trabajo no existiría.

Resumen

Se realizó un estudio con el objetivo de identificar las actitudes y motivaciones de la persona con diabetes tipo 2 que acudían a consulta en Centro de Salud La Mira, Lázaro Cárdenas, Michoacán. El estudio fue de diseño transversal no experimental, con muestra no probabilística a conveniencia de 54 personas con diagnóstico de diabetes tipo 2; se utilizó el instrumento *Diabetes Attitude Scale* (DAS-3). Se empleó el programa SPSS v22 y se utilizó estadística descriptiva para variables sociodemográficas y variable de estudio mediante medidas de tendencia central y frecuencias y porcentajes. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes encuestados fueron del género femenino (81.5%), no tienen educación primaria, dedicadas al hogar (37%); obreros (37%), con tiempo de diagnóstico de enfermedad mayor a 5 años (35.2%). La dimensión mejor puntuada fue valoración del control estricto, seguida de la dimensión percepción de la gravedad. La dimensión con peor puntuación fue impacto psicosocial de la diabetes mellitus. Se concluyó que los participantes de esta investigación consideran que no es importante llevar un control estricto de la enfermedad, tienen una percepción de la enfermedad grave y consideran que el impacto psicosocial de la diabetes mellitus no afecta en su entorno familiar, aspecto económico y social de manera significativa.

Palabras clave. Actitudes, motivaciones, diabetes tipo 2, enfermería, cuidado.

Abstract

A study was carried out with the objective of Identifying attitudes and motivations of the person with type 2 diabetes who went to consultation at La Mira Health Center, Lazaro Cárdenas, and Michoacán. The study was of non-experimental cross-sectional design, with a non-probabilistic sample at the convenience of 54 people diagnosed with type 2 diabetes; the instrument Diabetes Attitude Scale (DAS-3) was used. The SPSS v22 program was used and descriptive statistics were used for sociodemographic variables and study variables using measures of central tendency and frequencies and percentages. The results showed that the majority of respondents were female (81.5%), did not have primary education, dedicated to the household (37%); Are laborers (37%), with a diagnosis time of more than 5 years (35.2%). The best punctuated dimension was patient autonomy, followed by the special training need dimension. The dimension with the worst score was perception of gravity. It was concluded that the participants of this research consider that they need to rely less on medical and health personnel to cope with their illness, they also have a perception of the serious illness and consider that the health personnel should be more prepared to give them information about how Take control of the disease.

Keywords. Attitudes, motivations, type 2 diabetes, nursing care.

Índice de tablas

No.	Descripción	No. de página
1	Tabla 1. Género de los participantes	53
2	Tabla 2. Ocupación de los participantes	53
3	Tabla 3. Escolaridad en número de años de los participantes	54
4	Tabla 4. Medición de glucosa en casa de los participantes	54
5	Tabla 5. Patologías de los participantes	55
6	Tabla 6. Tiempo de diagnóstico de la diabetes de los participantes	55
7	Tabla 7. Familiar con quien viven los participantes	55
8	Tabla 8. Mediadas antropométricas de los participantes	56
9	Tabla 9. Variables clínicas de los participantes	56
10	Tabla 10. Control glucémico de los participantes	57
11	Tabla 11. Dimensiones del instrumento Actitudes y motivaciones, 2017	57
12	Tabla 12. Dimensiones de actitudes y motivaciones del instrumento DAS 3SP	58
13	Tabla 13. Prueba de U de Mann-Whitney para género de los pacientes diabéticos.	59

Índice
Contenido

Índice	10
I. Introducción.....	12
Capítulo I	14
II. Justificación	15
III. Planteamiento del problema.....	35
IV. Objetivo	37
4.1 General	37
4.2 Específicos	37
V Hipótesis	37
Capítulo II	38
VI. Marco teórico	39
6.1 Actitudes y motivaciones	39
6.2. Diabetes tipo 2	45
Capítulo III	49
VII. Material y métodos	50
7.1. Tipo y diseño de estudio.....	50
7.2. Universo.....	50
7.3. Muestra	50
7.4. Variables	50
Actitudes y motivaciones.	50
7.5. Criterios	50
7.5.1. Criterios de inclusión.	50
7.5.2. Criterios de exclusión.	51
7.5.3. Criterios de eliminación.....	51
7.6. Instrumentos	51
7.7. Procedimiento	52
7.8. Diseño estadístico.....	52
VIII. Resultados	54
IX. Discusión.....	61
X. Conclusiones.....	66

XI. Sugerencias.....	67
XII. Referencias bibliográficas.....	69
XIII. Anexos	75

I. Introducción

La Diabetes mellitus tipo 2 (DM T2) es un padecimiento complejo que lleva implícito una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, México enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad. Destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física, auto monitoreo y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica.

Los profesionales de la salud continuamente están intentando modificar actitudes o fomentar la adquisición de aquellas que benefician a la salud. Conocer las actitudes, las de los pacientes y las familias que se cuidan, y las variables que favorecen su cambio es muy útil porque está demostrado que las actitudes del profesional de enfermería repercuten en la de los pacientes, a través tanto de la comunicación verbal como no verbal; las actitudes de los pacientes están muy relacionadas con su salud y la adherencia a los tratamientos y, finalmente, conocer las variables implicadas en el cambio de actitudes permite proporcionar información más persuasiva y eficaz.

Por eso, esta investigación pretende identificar las actitudes y motivaciones de la persona con diabetes tipo 2.

Este documento se estructuró en varios apartados. El primero aborda la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y estudios relacionados en la justificación.

El segundo apartado se refiere al planteamiento del problema y a la pregunta de investigación, seguida de los objetivos e hipótesis en el apartado tres y cuatro. El marco teórico se encuentra en el apartado cinco, donde se describen las variables actitudes y motivaciones de personas con diabetes tipo 2. En el apartado seis se

encuentra el material y métodos del estudio, incluyendo tipo y diseño, universo, muestra, variables, criterios, instrumentos, procedimiento, diseño estadístico, recursos, difusión, y consideraciones éticas y legales. Las referencias bibliográficas utilizadas en el protocolo se encuentran en el apartado siete, seguido de apéndices y anexos.

Capítulo I

II. Justificación

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2014 unos 422 millones de adultos en todo el mundo padecían diabetes, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta (2016).

La Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés) estimó en el 2011 que en Latinoamérica la prevalencia ajustada de diabetes en era de 9.2% entre los adultos de 20 a 79 años (Guías ALAD, 2013).

Según datos de la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (ENSANUT) la diabetes se encuentra entre las primeras causas de muerte en México, 4 millones de personas refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes la proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes es de 9.2% (ENSANUT 2000 fue de 4.6%; ENSANUT 2006 fue de 7.3%). La cifra de diagnóstico previo aumenta después de los 50 años. La enfermedad representa un gasto de 3,430 millones de dólares al año en su atención y complicaciones.

Los malos hábitos alimenticios y la falta de ejercicio han conllevado un crecimiento alarmante en materia de obesidad y sobrepeso; la ENSANUT ubica a Michoacán dentro de las diez entidades federativas con mayor problema, lo que propicia al incremento en casos de diabetes. Se estima que en Michoacán existen 335 mil 030 personas mayores de veinte años con diabetes mellitus, mientras que en el Hospital Infantil “Eva Sámano de López Mateos” se atienden 180 menores que padecen este problema de salud, tanto en su vertiente de tipo 1 (juvenil) como la tipo 2. Tan sólo la Secretaría de Salud en Michoacán (SSM) invierte 73 millones de pesos en la prevención y tratamiento, es decir, medicinas y tiras reactivas.

En 2012, la diabetes provocó 1.5 millones de muertes. Un nivel de glucosa en la sangre superior al deseable provocó otros 2.2 millones de muertes, al incrementar los riesgos de enfermedades cardiovasculares y de otro tipo (OMS, 2016).

El número de muertes atribuibles a la diabetes en Latinoamérica fue 103,300 en hombres y 123,900 en mujeres. La enfermedad explica 12.3% de las mujeres totales en los adultos. El 58% de los decesos ocurrieron en menores de 60 años (ALAD, 2013).

La diabetes mellitus en México es la primera causa de muerte a nivel nacional y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año (Gutiérrez et al, 2006). En el IMSS durante el período 2004-2009, la DM fue la primera causa de muerte con 21,096 defunciones en el año 2011 (Sistema Institucional de Mortalidad SISMOR, 2004-2011).

En Michoacán la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad con 4, 215 casos y una tasa de 0.62% de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) en 2015.

Algunas investigaciones que se han realizado sobre las actitudes y motivaciones de las personas con diabetes se presentan a continuación.

En el año 2000, Navarro, Rodríguez, Moctezuma, Munguía y Hernández realizaron un estudio en dos unidades de medicina familiar en la delegación del Estado de México Oriente del instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el objetivo de determinar el nivel de información y de actitud que sobre la enfermedad tienen pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) y su asociación con el nivel glucémico. El tipo de estudio fue de carácter transversal observacional y prospectivo, se aplicaron dos instrumentos a uno que media: conocimientos generales sobre su enfermedad, complicaciones por esta, tratamiento e información general sobre el manejo nutricional y ejercicio, la escala de evaluación fue de 0-100 y consto de 25 ítems, el segundo instrumento media actitudes fue validado por 6 psicólogos con experiencia en la medición de conductas y actitudes de la maestría en conducta de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Iztacala de la UNAM, así como por tres psicólogos clínicos del Hospital Regional N° 72 del IMSS. Los datos solicitados incluyeron: edad, escolaridad, sexo, ocupación, tiempo de evolución de la enfermedad y promedio de las 6 últimas glucemias anotadas en el expediente, se excluyeron sujetos con diabetes tipo 1 y mujeres con diabetes gestacional. La

muestra fue de 200 pacientes para valorar el nivel de conocimientos y actitud, los datos fueron analizados por medio de la prueba ji-cuadrado para variables nominales y U de Mann Whitney para variables cuantitativas. Los resultados obtenidos respecto a la calificación global del instrumento de conocimientos fueron de 58.6 ± 17.9 (escala 0-100). El instrumento de actitud fue de 18.9 ± 2.1 (escala 0-35). la calificación de conocimientos del grupo controlado fue de 55.48 ± 16.8 , y la del grupo descontrolado de 59.2 ± 18.1 . La calificación del grupo controlado fue 17.8 ± 2.3 y la del grupo descontrolado de 19.1 ± 2 ($p= 0.001$). El nivel de información proporcionada por el médico familiar fue del 42.9%, por el equipo de salud del 10.2% y por otras fuentes del 6.3%. En cuanto al análisis el grado de actitud y el nivel de información, hubo una mejor actitud cuando la información fue proporcionada por otras fuentes ($p<0.05$). Por lo que respecta al porcentaje de información y el control glucémico, el nivel de control fue mejor cuando la información fue proporcionada por el equipo de salud ($p<0.01$). por lo cual se llegó a la conclusión de que la actitud es mejor cuando se recibe información sobre su diabetes de otras fuentes.

En 2001, Arauz et al., realizaron una investigación en la comunidad de El Guarco, Costa Rica, con el objetivo de ofrecer una alternativa de educación sobre la diabetes con la participación de pacientes, familiares y personal sanitario, adaptada a las condiciones locales y a las necesidades sentidas por el paciente con diabetes tipo II. Estudio de tipo exploratorio y descriptivo que permitió diseñar una intervención educativa sobre la diabetes en el ámbito comunidad. La muestra fue de 42 diabéticos tipo II, de los cuales posteriormente se excluyeron cinco porque no se les pudo localizar. Los resultados mostraron que los pacientes no asociaron el origen de la enfermedad con los antecedentes familiares ni el sobrepeso, que confundieron los síntomas de hiperglucemia e hipoglucemia y que no había homogeneidad en los mensajes de nutrición que recibían. Sobre la base del manual sobre diabetes, se capacitó al personal sanitario, cuyos conocimientos sobre el tratamiento y la prevención de la diabetes y sobre la metodología educativa mejoraron (promedio de 85%). A su vez, el personal sanitario capacitó a los pacientes diabéticos de su comunidad (edad: 57.0 ± 8.9 años, 92% mujeres), quienes mostraron después del curso una disminución de la glucemia, de 189 ± 79

mg/dl a 157 ± 48 mg/dl ($p= 0.03$), y de la hemoglobina glucosada, de $11.3 \pm 2.4\%$ a $9.7 \pm 2.3\%$ ($p= 0.05$). No hubo cambios significativos del peso ni del perfil lipídico, a excepción de los triglicéridos, que disminuyeron ($p= 0.04$).

En 2003, Matthew realizó un estudio en consultorios privados de Monterrey, México, con el objetivo de determinar si el tipo de sector de salud influye en la discrepancia de actitud entre el médico y el paciente ante la diabetes. Estudio transversal y comparativo según sectores de salud privado, seguridad social y asistencia social, con una muestra de 510 personas (255 médicos y 255 pacientes). Se utilizó el *Diabetes Attitude Scale 3* (DAS-3) que ha sido aplicado para evidenciar creencias controversiales hacia la diabetes, atribuidas a la pertenencia de un grupo profesional (por ejemplo, médicos vs enfermeras), para mostrar asociación entre actitudes de los pacientes y adherencia al tratamiento auto reportado, medir diferencias de actitudes entre géneros y para contrastar actitudes de profesionales de la salud y pacientes, entre otras aplicaciones. El plan de análisis consistió de estadística descriptiva. Los resultados obtenidos mostraron que el 63% de los médicos encuestados fue de sexo masculino. El promedio de edad fue de 42.5 años (DE=7.5). La media de pacientes atendidos por semana fue de 87.5 ± 47.8 y de porcentaje de pacientes diabéticos vistos por semana, $26.3\% \pm 21\%$ (mediana 20%; moda 10%). El tiempo promedio de ejercicio profesional correspondió a 16.5 ± 7.6 años. En cuanto a la distribución porcentual de las diferentes especialidades médicas, predominaron los médicos familiares en contraste con los médicos endocrinólogos. El análisis por sectores de salud mostró similitud por género, en todos predominó el sexo masculino. La media de edad y de tiempo de ejercicio profesional fue mayor en el sector seguridad social. En lo que respecta al porcentaje de pacientes atendidos por diabetes, en el rubro 0-24% predominó el sector asistencia social, mientras que en el de 75-100%, predominó el sector privado. En todas las subescalas hubo diferencias significativas del puntaje promedio de actitudes entre médicos y pacientes, excepto para el impacto psicosocial de la diabetes. Es importante resaltar que la media de las actitudes de los pacientes fue más alta en los rubros entrenamiento especial en educación del personal de salud y en autonomía del paciente. En el resto de las subescalas, la media de actitud del

médico fue la que resultó superior, el médico reconoce más la gravedad de la diabetes y la importancia del control estrecho de la glucosa.

En 2003, Garza, Calderón, Salinas, Núñez y Villarreal realizaron una investigación en Nuevo León, México con el objetivo de identificar en individuos con diabetes mellitus tipo 2, las atribuciones que le dan al origen de la enfermedad y a la evolución de los síntomas; en aquellos con síntomas de alguna complicación se identificó la explicación a la misma. La muestra fue de 350 diabéticos tipo 2 con más de 25 años de evolución, derechohabientes de una institución de seguridad social al noreste de México. Para la recolección de datos se desarrolló la técnica de listado libre para conocer el dominio cultural acerca de las atribuciones del origen de la diabetes, de la evolución de los síntomas y las complicaciones, representadas por un conjunto de palabras, frases o conceptos que las explican. Para el análisis de las variables se elaboró con estadística descriptiva mediante un programa computarizado. Se efectuó el análisis del listado libre de asociación con el paquete estadístico Antrhopac. Los resultados mostraron que se identificaron 25 conceptos a los que se atribuyó el origen de la enfermedad: por un susto fue el más mencionado. Se observó una correlación del atributo sobresaliente, sin importar el estrato socioeconómico. El atributo por la herencia predominó en personas del sexo masculino con escolaridad mínima de secundaria, que percibían remuneración económica y con antecedentes familiares de diabetes. Seis individuos de cada diez manifestaron sentirse mejor; la razón argumentada fue el medicamento. Un grupo minoritario indicó sentirse igual o peor; el motivo argüido fue la elevación de los niveles de glucosa. Se observó gran diversidad de atributos, entre los cuales sobresalió un susto, un disgusto intenso y la herencia genética. Es importante que el personal de salud haga uso de las creencias y atribuciones del paciente con diabetes mellitus, para lograr un mayor éxito en la atención médica.

En el 2005, Silva y de la Fuente realizaron una investigación en el hospital Carlos Van Buren de Valparaíso con el objetivo de conocer las variables que influyen en la motivación de los pacientes diabéticos tipo 1 y 2 para brindar mejor control y adherencia al tratamiento. El tipo de estudio fue descriptivo, el instrumento que se utilizó fue la tercera versión de *Diabetes Attitude Scale* (DAS-3) que consta

de 33 preguntas y cinco subescalas, cada escala tiene un valor máximo de cinco puntos y un mínimo de 5 puntos. Se incluyeron además las variables edad, sexo, nivel educacional y año de diagnóstico de diabetes. La muestra utilizada fue de 113 pacientes. Los datos fueron analizados mediante escala de evaluación de encuesta DAS-3sp y Excel y XP y programa de análisis –it, se utilizó moda, promedio y prueba *t* de student. Los resultados obtenidos mostraron que la distribución por sexo fue similar en ambos grupos de pacientes, con un promedio de edad de 29, 5 años (DM1) y 59,1 años (DM2). El nivel educacional fue mayor en el grupo de pacientes con DM1, $p < 0.05$. La percepción de la gravedad de la enfermedad y la valoración del control estricto fue mayor en pacientes tipo 1 con diferencias significativas ($p < 0.05$).

En 2006, Flores y Padilla, realizaron una investigación en la Unidad de Medicina Familiar N° 1 del Instituto Nacional del Seguro Social (IMSS) de Oaxaca, Oaxaca, México con el objetivo de determinar la Influencia del conocimiento de la enfermedad en las habilidades y motivaciones del autocuidado de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. El diseño del estudio fue descriptivo y transversal, la muestra fue de 113 pacientes, para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 11.0. Para la obtención de datos se utilizaron dos instrumentos, uno para identificar los conocimientos que el paciente tiene sobre la DM2 y una escala para determinar las habilidades y motivaciones de los de los pacientes con DM2. Los resultados que se obtuvieron en el estudio mostraron que el 86.9% de los participantes contaba con conocimientos no satisfactorios y 13.1% con conocimientos regulares, ninguno contó con conocimientos satisfactorios; 8.5% de los participantes tenía habilidades insuficientes, 89.2% regularmente suficientes y 2.3% suficientes; 5.4% motivación inadecuada, por lo que se concluyó que el conocimiento de la enfermedad influye en las habilidades y motivaciones en el autocuidado de los pacientes con DM2.

En 2008, Baca, et al., realizaron un estudio en Culiacán Sinaloa. Se incluyeron diabéticos de 20 y más años de edad, con más de 72 horas de hospitalización en el servicio. La muestra fue de 94 diabéticos hospitalizados y se utilizó un cuestionario que contempló aspectos sociodemográficos como son edad,

sexo, escolaridad, nivel de conocimiento del usuario diabético sobre su autocuidado, contemplando aspectos como ejercicio, alimentación, cuidado de los pies y tratamiento farmacológico. Se utilizó un estudio tipo encuesta descriptiva. De la población estudiada se encontró que el 56% son del sexo masculino, con un promedio de 60 años de edad con una desviación estándar de ± 12.36 . Nivel de conocimiento del diabético sobre su auto cuidado fue insuficiente en un 79%.

En 2008, Mendoza, et al., realizaron una encuesta comparativa descriptiva en la Unidad de Medicina Familiar N° 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Xalapa, Veracruz, México con el objetivo de determinar las actitudes y motivaciones del paciente diabético y el personal de salud respecto a la diabetes mellitus tipo 2. El estudio fue mediante una encuesta comparativa prospectiva mediante muestreo no probabilístico; la muestra fue de 202 pacientes y 30 profesionales de la salud. Se aplicó el instrumento DAS-SP. Se identificaron una serie de características sociodemográficas, las cuales incluyeron edad, género, escolaridad, estado civil, ocupación, índice de pobreza familiar, tipología familiar, parentesco, presencia física en el hogar, medios de subsistencia. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 0 a 5 años en el 43% de los pacientes. Los pacientes diabéticos obtuvieron información acerca de su enfermedad a través de su médico familiar de forma exclusiva (41%), o bien de su médico y de las sesiones educativas para diabéticos recibidas en su UMF (25%). El 17% recibió información por parte del médico en las sesiones de UMF y en programas de TV. El grupo de profesionales estuvo integrado por una muestra de 30. Se encontró que predominó el género masculino, en un 60%, en cuanto a las categorías a las que pertenecían había 77% de médicos familiares, enfermeras 13% y trabajadoras sociales 10%. En cuanto a la información obtenida por el DAS-3 se observó que los pacientes y el personal de salud obtuvieron un puntaje de 4.1 y 4.2, respectivamente, en la subescala referente a la necesidad de entrenamiento especial. En el rubro que valora la seriedad que se le da a la enfermedad ambos grupos obtuvieron 3.8 puntos. En la valoración del control estricto de la enfermedad los puntajes reportados fueron de 3.4 y 4.0, para pacientes y para personal de salud, respectivamente. En el rubro sobre el impacto psicosocial de la enfermedad, los

pacientes obtuvieron 4.2 puntos. Finalmente, la valoración de la autonomía del paciente fue calificada con 3.8 puntos en los pacientes y el personal de salud.

En 2009, Rodrigues, et al., realizaron un estudio en el Centro de Investigación y Extensión Universitaria de Sao Pablo Brasil con el objetivo de verificar conocimientos y actitudes de personas con diabetes mellitus. El tipo de estudio utilizado fue de tipo descriptivo transversal, la muestra fue de 82 adultos, para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos en su versión portuguesa *Diabetes Knowledge Questionnaire* (DKN-A), cuestionario auto aplicado con 15 ítems en relación a diferentes aspectos de conocimiento general de la diabetes, se divide en cinco categorías y subescalas: fisiología básica; acción de la insulina; hipoglucemia; grupos de alimentos y sustituciones; administración de la DM en la ocurrencia de otra enfermedad y principios generales de los cuidados de la enfermedad. El segundo instrumento utilizado fue el *Attitude Questionnaire* (ATT-19) que mide el ajuste psicológico para la DM desarrollado para la evaluación de aspectos psicológicos y emocionales de la enfermedad. Consta de 19 ítems y seis subescalas: estrés asociado a la DM; receptividad al Tratamiento; confianza en el tratamiento; eficacia personal; percepción a cerca de la salud y aceptación social. Los resultados obtenidos mostraron que 78.05% tuvieron puntajes superiores de 8 en relación al conocimiento de la diabetes, indicando conocimiento y comprensión acerca de la enfermedad. En cuanto a la actitud, los puntajes variaron entre 25 y 71 puntos, sugiriendo dificultad en enfrentamiento para la enfermedad.

En 2010, Vicente et al., realizaron un estudio en consultorios médicos del municipio Cienfuegos, con el objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. El estudio fue de tipo descriptivo de una serie de casos realizado en el período comprendido entre enero y junio del 2008, estuvo integrado por una muestra de 120 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; para determinar el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus se aplicó un pre – test diseñado por el grupo de trabajo educativo del Centro de Atención y Educación al Diabético y que se aplica a todos los pacientes ingresados en el centro. Para el procesamiento de la información se confeccionó una base de datos en el programa SPSS versión 15.0. Los resultados obtenidos en

el estudio fueron los siguientes: el sexo femenino predominó, el mayor número de pacientes tenía entre 5 y 10 años y más de 10 años de evolución de la enfermedad (40 % en ambos grupos); en el primer grupo el 21.7 % posee un nivel insuficiente de conocimientos sobre la enfermedad y en el segundo el 25%. La hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica son las enfermedades crónicas asociadas con mayor número de pacientes; la polineuropatía y la neuropatía fueron las complicaciones crónicas más frecuentes.

En 2011, Ariza et al., realizaron un estudio con el objetivo de la mejora del control (metabólico, factores de riesgo cardiovascular), adherencia, autocontrol, autocuidados, y actitudes/motivaciones de los diabéticos tipo 2 (DM2) en un centro de salud de Murcia. Fue un ensayo clínico aleatorizado controlado simple; la muestra fue de 108 pacientes con DM2, 40-70 años, los instrumentos utilizados fueron de *Haynes Sackett* para medir la adherencia al tratamiento farmacológico, el instrumento que midió mediante un cuestionario simple que consideraba activo al que realizaba ejercicio al menos 3 días a la semana, el cumplimiento dietético se midió mediante registro mínimo de hábitos alimentarios. Se pasó la encuesta de motivaciones y actitudes "*Diabetes Attitude Scale*" versión española (DAS-3sp). Los resultados obtenidos: tras intervenciones, más diabéticos bajaron Hb1c con intervención plena ED y EF, RR 1.93 (0.85), así como con ejercicio, RR 1.56 (0.65). Con ED y EF simultaneo, más sujetos descendieron IMC, IRR: 1.61 (0.85-3.03) y LDL-colesterol, RR: 1.82 (0.99-3.36), aumentando el cumplimiento dietético, RR 1.29 (0.32-,5.22) y de ejercicio, RR 1.93 (0.96-,4.91), realizando más autocontroles/semana, RR: 3.86 (0.90-,16.55) y mejorando las motivaciones/actitudes en valoración estricto, RR: 1.48 (0.94, 2.34). Con ejercicio aislado la TA sistólica y diastólica descendió en más pacientes, RR: 1.35 (0.52-,2.52), 1.87 (0.72-,4.84). Mientras que con ED grupal solo la diastólica, RR: 1.80 (0.69-,4.67).

En 2012, Bail y Azzollini, realizaron un estudio en Buenos Aires Argentina, con el objetivo de conocer las actitudes hacia la diabetes, su influencia sobre las estrategias de afrontamiento y la adhesión al autocuidado, según edad, género, nivel sociocultural y locus de control de los pacientes con diabetes tipo 2. El estudio

fue de tipo descriptivo y transversal, la muestra fue de 337 pacientes; para la recolección de datos se administraron cuestionarios de datos personales, laborales y familiares, escala de locus de control, inventario de afrontamiento, escala sobre prácticas de autocuidado y sobre actitudes hacia la patología. Resultados: 57% de los pacientes fueron mujeres, promedio de edad fue de 59.47 años, y el de años transcurridos desde el diagnóstico de 8.63. El 41.5% de los pacientes tenían estudios primarios y el 37.1% secundarios, 61.7% dijo que vivía con su pareja con o sin hijos. Además, el 15.3% manifestó estar ocupado en empleos de poca calificación que no requerían esfuerzos físicos. El 23.4% eran jubilados o pensionados, y el 19.5% realizaban trabajos precarios. Los pacientes con una actitud positiva o neutra hacia la enfermedad una media significativamente superior ($p < 0.001$) en la valoración como desafío que quienes adoptaron una actitud negativa. La valoración en cuestión mostró correlaciones positivas y significativas con los afrontamientos activos. Este tipo de afrontamiento, a su vez, exhibió una correlación positiva con el cumplimiento de las pautas de autocuidado.

En 2012 Andrade, Antonio y Cerezo elaboraron un estudio con la finalidad de conocer las creencias en salud de las personas con diabetes que asisten a los servicios de Salud de Morelos (SSM) y del Instituto Mexicano del Seguro Social de Puebla (IMSS). El estudio que se implementó fue de corte cualitativo a una muestra de dieciséis personas de 50 a 60 años, 10 mujeres y 6 hombres, con diagnóstico confirmado de diabetes que recibieron atención médica en instituciones públicas de dos estados de la República Mexicana (Puebla y Morelos). Los instrumentos que se utilizaron fueron mediante entrevistas semiestructuradas, audio grabadas, y para el análisis se utilizó la técnica de análisis de contenido. Los entrevistados tenían diferentes niveles de escolaridad: un analfabeta, cinco con primaria, cinco con secundaria, cuatro con licenciatura y uno con posgrado; con diversas ocupaciones ama de casa, campesino, comerciantes, obreros jubilados, contador público, maestro jubilado y una enfermera. Se identificó una categoría central creencias en salud y tres categorías periféricas causas de la enfermedad, hábitos en la enfermedad y apoyo para el control de la enfermedad. Las creencias en salud de las personas que viven con diabetes son definidas en tres dimensiones: las causas

de la enfermedad (estrés, designio divino y los hábitos antes de la enfermedad); apoyo para el control (tratamientos alternativos y la fuerza de la fe) y los hábitos en la enfermedad (alimentación y ejercicio).

En 2012, Alves, da Silva, Lima, Veiga y Oliveira, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el efecto de la acción educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes portadores de diabetes tipo 2. Ensayo de tipo clínico aleatorizado con 62 pacientes registrados en servicio de referencia en tratamiento de la hipertensión arterial en 2010. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario aplicado a los grupos Intervención (GI) y Control (GC), al inicio y al final del estudio. Fue utilizado el Cuestionario de Conocimiento en Diabetes, validado para población de portadores de DM2. Este instrumento, se dividió en ocho tópicos con un total de 31 preguntas, fue aplicado a todos participantes de la investigación, en dos momentos: en el inicio de la pesquisa, antes de cualquiera acción educativa y al final del estudio. La muestra fue de 62 participantes. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0 habiendo sido utilizado la prueba de normalidad Shapiro-Wilk para verificar la distribución de las variables cuantitativas continuadas. Cada pregunta fue testada en cuanto la normalidad de su distribución y fue realizado la prueba t para los datos paramétricos y la prueba *Mann-Whitney-U* y *Wilcoxon W* para los datos no paramétricos. Las variables cuantitativas fueron presentadas en media y desvío padrón y las variables categóricas fueron presentadas en proporciones. Los resultados mostraron un aumento significativo del conocimiento sobre la diabetes en pacientes del GI, en todas las cuestiones ($p < 0,05$). En el GC, algunas alteraciones observadas, fueron mucho menores cuando comparadas al GI. Se concluyó que fue posible elevar los conocimientos sobre la enfermedad por medio de realización de actividades educativas.

En 2013, Hernández, Gutiérrez y Reynoso, realizaron un estudio en México, con el objetivo de estimar la magnitud del reto de la diabetes en México y presentar propuestas de políticas públicas para su atención, el estudio fue de tipo descriptivo de la información sobre diagnóstico previo de diabetes en adultos y adolescentes, de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). En particular, para el análisis se utilizó información de los cuestionarios de adultos (20 años o

más), principalmente, y de adolescentes (10 a 19 años). En los mismos se preguntó a los individuos seleccionados si habían recibido alguna vez un diagnóstico de diabetes, los resultados mostraron que de los adultos en México, 9.17% había recibido un diagnóstico de diabetes, con resultados heterogéneos entre estados: de 5.6% en Chiapas a 12.3% en el Distrito Federal. Del total de diabéticos, 46.95% reportó también diagnóstico de hipertensión, 4.47% antecedente de infarto del corazón y 54.46%, antecedentes familiares de diabetes. De los adolescentes, 0.68% habían sido diagnosticado con diabetes. Por lo que se concluyó que, La gravedad de la epidemia de diabetes, así como el hecho de que se trata de una enfermedad prevenible, llama a fortalecer las estrategias para hacerle frente. El impacto que tiene sobre la calidad de vida de las personas que la padecen la convierte en un área prioritaria para el sector salud.

En el año 2014, Bustamante, elaboro un estudio en el en el centro de salud de Patzicia, Chimaltenango, Guatemala con el objetivo de Determinar los conocimientos, actitudes, percepción del paciente y del personal de salud en relación a la diabetes mellitus, según el *Diabetes Attitude Scale*. El estudio se realizó bajo estudio tipo transversal, descriptivo con análisis bivariado; la muestra estuvo conformada por el 100% de la población de 107 pacientes diabéticos diagnosticados y que asistían a su control mensual, 15 personas de enfermería y 7 médicos. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario *Diabetes Attitude Scale* (DAS-3sp). El cuestionario consta de 33 preguntas con el fin de conocer la necesidad de entrenamiento especial del personal de salud, percepción de la gravedad de la diabetes, valoración del control estricto, del impacto psicosocial y la autonomía del paciente. Para analizar los datos se utilizó Microsoft office Excel 2007. Se evaluaron los puntajes obtenidos de cada sub-escala del cuestionario y se correlacionaron los datos obtenidos del personal de salud con los del paciente y el perfil epidemiológico con los resultados obtenidos del DAS-3sp. Los resultados se analizaron y se hicieron las gráficas respectivas sobre la información obtenida. Según los resultados obtenidos posteriormente a la tabulación de datos: el rango de edad más afectado fueron los mayores de 65 años (21%); el 81% del sexo femenino; el 42% cursaron una primaria incompleta y el 23% ningún estudio; el 60% han padecido 10 años la

enfermedad; el 54% lleva un mal control. El 96% de pacientes y el 100% del personal de salud evaluado consideran que debe mejorar la forma de dar información a los pacientes. El 85% de pacientes tiene poco conocimiento sobre la gravedad de la enfermedad. El 87% tiene mal control de la glicemia. El 88% de los pacientes y el 82 % del personal de salud, considera que en los pacientes hay un mayor impacto psicosocial. El 82% de los pacientes desea más autonomía en el manejo de la diabetes. Un 68% del personal de salud opina que les corresponde la toma de decisiones.

En 2014, Nestares realizó un estudio en el Centro de Salud Villa San Luis, en Lima, Perú con el objetivo de conocer las actitudes de los adultos hacia la prevención de diabetes tipo 2. La muestra fue de 101 adultos de edades de 50 a 59 años, para la recolección de datos fue emplearon una encuesta y un instrumento de escala de tipo Likert modificada para llegar a cumplir con los objetivos del estudio y obtener la información deseada sobre las actitudes de los adultos hacia la prevención de diabetes tipo 2. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva, la prueba estadística de los cuartiles, frecuencia absoluta y el porcentaje. Los resultados que se obtuvieron en el estudio, en cuanto a los datos generales se observó que de un total de 50 (100%) adultos encuestados, 37 (74%) eran de sexo femenino; 28 (56%) estaban entre 50-54 años de edad lo que los ubico en el grupo etáreo de los adultos maduros; y 39 (78%) proceden de la costa. Actitudes de los Adultos hacia la Prevención de Diabetes tipo II: se observó que de un total de 50 (100%) adultos encuestados, 14 (28%) presentaron actitud medianamente desfavorable, 13 (26%) presento actitud desfavorable, 12 (24%) presento actitud favorable y 11 (22%) presento actitud medianamente favorable hacia la prevención de Diabetes tipo II. Actitudes de los Adultos hacia la Prevención de Diabetes tipo II en la dimensión biológica: se observó que de un total de 50 (100%) adultos encuestados; 24 (48%) y 19 (38%) presentaron actitudes medianamente desfavorables hacia el ejercicio y la ingesta de líquidos respectivamente; 23 (46%), 17 (54%), 19 (38%) y 16 (32%) presentaron actitudes medianamente favorables hacia el control médico, consumo de sustancias nocivas y el mantener buenos hábitos de sueño y alimentación. Actitudes de los Adultos

hacia la Prevención de Diabetes tipo II en la dimensión psicoemocional: se observó que de un total de 50 (100%) adultos encuestados, 21 (42%) presentaron actitud medianamente favorable, 14 (28%) actitud desfavorables y 10 (20%) actitud medianamente desfavorable hacia esta dimensión.

En 2014, Meneses efectuó un estudio en la unidad de medicina familiar N° 61 de Córdoba, Veracruz con el objetivo de determinar y demostrar el grado de conocimiento en pacientes con DM2 de la UMF No. 61. El tipo de estudio fue de tipo transversal, observacional y descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 150 pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento que solicitaron atención médica en la consulta de diabetimss de la unidad de Medicina Familiar No. 61. Para la recolección de datos se empleó un instrumento que constaba de 38 ítems que exploran conocimientos teóricos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 elaborado por Hess y Davis. Los resultados del estudio mostraron que se incluyeron 150 sujetos que cumplieron con los criterios de selección. De los cuales 106 (70.6%) correspondían al sexo femenino. El promedio de la edad de la muestra fue de 62 ± 11 años, la menor fue de 29 años y la mayor de 88. El tiempo de diagnóstico promedio de los sujetos de la muestra fue de 9.7 ± 8 años; el ingreso promedio mensual de la población estudiada fue de más de 4109 pesos, siendo mayor en hombres con una media de 5447 ± 4354 pesos y para las mujeres de 3553 ± 2783 pesos. En cuanto la escolaridad el 62% tuvieron primaria y las de menor frecuencia con el mismo porcentaje fue preparatoria y licenciatura. La ocupación que más se presentó fue de ama de casa en 90 sujetos estudiados con un 60%. En cuanto al valor de hemoglobina glucosilada fue de $8.7 \pm 2.1\%$ en general y comparada en ambos sexos los hombres presentaron una media de $9 \pm 2.5\%$ y las mujeres $8 \pm 1.8\%$. Para la glucosa en sangre en la población general fue de 179.2 ± 60.3 mg/dl comparada en ambos sexos para los hombres fue de 196 ± 71.6 mg/dl y mujeres 172 ± 53.7 mg/dl. Es importante mencionar que en general de acuerdo al instrumento de evaluación y la forma de calificación del estudio el conocimiento es bajo para todos los sujetos estudiados. Solamente 3 pacientes que representaron el 2% obtuvieron un nivel aceptable de conocimientos en base a la forma de calificación de Campo y colaboradores, autores que validaron el cuestionario en español. En cuanto al resultado por esferas

los promedios fueron mayores en las siguientes: en conocimiento sobre glucosa en sangre con una media de 7 ± 2.1 y conocimiento básico con media de 5 ± 1.6 . 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 el año 2014, Mora elaboró una investigación en el CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, Santiago de Chile, con el objetivo de comprender cuáles son las creencias y/o motivaciones que obstaculizaron la participación de pacientes diabéticos. El análisis fue de contenido, descriptivo y explicativo, con una muestra conformada por 12 personas, 8 mujeres y 4 varones. Se utilizó el criterio de saturación teórica para detener el proceso de entrevistas. La muestra final quedó en 10 entrevistas para interpretar los discursos de los pacientes. Los resultados obtenidos en las diferentes subescalas mostraron, que las personas entrevistadas al referirse a su historia personal de la enfermedad, refirieron como creencia que al recibir el diagnóstico su percepción fue que la diabetes era una enfermedad muy grave. Así mismo que por tener diabetes tendrían una muerte prematura, dado que la enfermedad la reconocen como genética, sin cura. Esta creencia cambia con la evolución de la enfermedad, ya que los/as entrevistados/as refieren tener mejor control y manejo de la diabetes con su tratamiento. El tratamiento nutricional es la base de la compensación junto con los fármacos, los pacientes explican haber recibido instrucciones desde el equipo de salud y aplicarlas ya que se sienten en mejores condiciones. Al inicio del tratamiento de la diabetes la salud mental se ve afectada, ya que los pacientes en su mayoría asocian que al tener eventos de emociones negativas, se descompensan y que tienen mayor susceptibilidad a los estados depresivos, con sentimientos de culpa por haberseles declarado la enfermedad. A nivel personal reconocen los pacientes tener que lidiar con las decisiones de trasgredir o no su tratamiento. En la historia personal de enfermedad lo que motiva a las personas entrevistadas a cuidarse está mediado por el acceso y el autocuidado. El autocuidado está mediado por el conocimiento que tienen los/as pacientes de los fármacos y su utilidad, logran hacer la diferencia que si usan correctamente los fármacos no usarán insulina. La valoración positiva de la relación con el equipo de salud aparece como un elemento significativo para controlar la

diabetes. En cuanto a la categoría conocimientos de la relación entre diabetes y actividad física, los pacientes refieren que la actividad física logra hacer cambios en su cuerpo, pero no se relaciona directamente con la compensación de la enfermedad, las creencias son: la actividad física mejora la circulación de la sangre, si no se practica actividad física se produce trombosis, entre otras. Algunos pacientes explican que la actividad física es buena para no tener obesidad, lo asocian con bienestar general, pero no es atribuido a tratamiento propiamente tal. Aparece la creencia que hacer trabajo de construcción es practicar actividad física, así como subir y bajar escaleras en el hogar, lo anterior aparece en conjunto a la autodefinición de ser activo. En términos generales los pacientes coincidieron en su discurso en que, si el equipo de salud recomienda hacer actividad física, es tomado como tratamiento; si no aparece en las indicaciones, los pacientes no lo consideran un tratamiento, es así como la motivación para practicar pasa por la percepción de mejorar la salud mental, más que compensar la diabetes.

En el año 2015, Rodríguez, Tortosa, Rodríguez efectuaron un estudio en la provincia de Almería con el objetivo de estudiar las actitudes informadas. El estudio se realizó bajo un diseño de tipo observacional, descriptivo y transversal, con una muestra de 50 niños y adolescentes que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: edad entre 14 y 19 años, diagnosticados de DM1 al menos 5 años antes de haberse iniciado el estudio y vivienda. La selección de la muestra se llevó a cabo por muestreo por conveniencia. El instrumento que se utilizó fue el DAS-3 *Diabetes Attitude Scale*, que consta de 33 preguntas, mide la actitud mediante una escala de Likert donde la puntuación máxima es de 5 o de acuerdo, y la mínima 1, totalmente desacuerdo; está compuesto por cinco subescalas que recogen lo siguiente: necesidad de entrenamiento especial, percepción de la gravedad de la diabetes mellitus, valoración del control estricto, valoración del impacto psicosocial de la diabetes mellitus y autonomía del paciente. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 22. Para el análisis se utilizaron los estadísticos de frecuencias, medias y desviación típica. Se clasificaron los resultados de las puntuaciones según las diferentes subescalas del cuestionario DAS-3sp. Las puntuaciones más altas correspondieron a la primera subescala,

entrenamiento personal, obteniendo una media de 4.32 y una desviación típica de 0.39, que expresa cómo la concentración de datos está muy cercana a la media. La segunda dimensión que valora las actitudes frente a la gravedad de la DM la colocan en un nivel central respecto a la importancia, tal y como expresa con una media de 3.90, es decir una respuesta más cercana a “de acuerdo”. Respecto al beneficio que proporciona el control estricto de la glucosa para los pacientes, las respuestas señaladas por la muestra obtuvieron una media de 4.01 y la desviación típica fue de 0,52. el más desigual en cuanto respuestas contestadas dispersas en la gama de posibles contestaciones corresponde a la subescalas que mide el impacto en la vida diaria del diabético, la media tuvo un valor de 3.56 y su desviación típica de 0.52. la última subescala que hace referencia a las actitudes a las actitudes de la muestra hacia la toma de decisiones de los diabéticos obtuvo una que se acerca a una actitud positiva, “de acuerdo“, siendo un valor de 3.87.

En 2015, Ayala realizó un estudio en Lima metropolitana-Perú, con el objetivo de comparar las actitudes hacia la diabetes entre el personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. El tamaño de la muestra fue de 178 personales de salud y 178 pacientes con diabetes mellitus tipo 2; el instrumento que se utilizó fue el *Diabetes Attitude Scale* (DAS-3). Se realizó el análisis descriptivo y bivariado en el que se comparó el grupo del personal de salud y los pacientes con diabetes tipo 2, se empleó el paquete estadístico SPSS versión 20. Los resultados que se obtuvieron sobre las actitudes hacia la diabetes del personal de salud en la dimensión de necesidad de entrenamiento la media fue de 4.51; en la dimensión percepción de la gravedad la media es de 3.84; en la dimensión valoración del control estricto la media es de 3.78; en la dimensión valoración del impacto psicosocial la media es de 3.79; en la dimensión autonomía el paciente la media es de 3.68. Las actitudes hacia la diabetes de los pacientes; en la dimensión necesidad de entrenamiento la media es de 3.45; en la dimensión percepción de la gravedad la media es de 3.29; en la dimensión valoración del control estricto la media es de 3.31; en la dimensión valoración del impacto psicosocial la media es de 4.11; en la dimensión autonomía el paciente la media es de 3.85. Al comparar las actitudes

entre el personal de salud y los pacientes se encontró que en la dimensión necesidad de entrenamiento la $T\ student = 21.52$ $p = 0.000$ $IC95\%(0.963-1.156)$, en la dimensión percepción de la gravedad $T\ student = 9.210$ $p = 0.000$ $IC95\% (0.429-0.662)$; en la dimensión valoración del control estricto $T\ student = 7.61$ $p = 0.000$ $IC95\%(0.34-0.58)$, en la dimensión valoración del impacto psicosocial $T\ student = -5.47$ $p = 0.005$ $IC95\% -(0.428-0.202)$ y en la dimensión autonomía del paciente $T\ student = -3.485$ $p = 0.001$ $IC95\%-(0.265-0.074)$.

En 2015, López y de los Ángeles realizaron una investigación con el objetivo de determinar los conocimientos y actitudes en usuarios del centro de salud y policlínico Francisco Morazán en el período de octubre del año 2015. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal; el tipo de muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, la muestra fue de 120 pacientes. Para la recolección de datos se utilizó la encuesta DQK. Se aplicó a los usuarios mayores de 30 años, hombres y mujeres no embarazadas con factores de riesgo de Diabetes. Los resultados mostraron que de todos los encuestados, el 66.6% respondió positivamente al ser interrogados sobre si habían recibido información sobre la diabetes. De las que sí han recibido información: el 78.75% respondió que la información les fue provista por algún personal de salud. El 66.25% de los encuestados cree que la información recibida fue clara. Sobre tener conocimientos básicos acerca de la patología, el 59.17% respondió sí tener. Acerca de si comer azúcar causa la diabetes, el 71.67% de los pacientes respondieron afirmativamente. Con respecto a la patogenia, el 67.5% de los entrevistados afirman que la diabetes es causada por la falta de insulina. Así mismo, el 45% afirman que la diabetes es causada porque los riñones no expulsan el azúcar del cuerpo. En cuanto al componente genético y/o hereditario de la diabetes, el 70.83% respondieron afirmativamente sabiendo que la puede heredar a sus hijos. Con respecto al carácter crónico de la patología se les preguntó si la enfermedad se cura, y el 76.67% respondió correctamente. El 69.17% de los participantes conocen que la diabetes se divide principalmente en tipo 1 y 2. Con lo que respecta a si comer mucho estimula la producción de insulina, el 53.33% lo niegan. De la importancia de escoger los alimentos y la forma de prepararlos, el 96.67% respondió que sí. El 90.83% del total respondió afirmativamente sobre si

los alimentos que ellos comen ellos deben ser diferentes a los de los demás. Se preguntó a los pacientes diabéticos si les gustaría al menos una evaluación anual de salud y el 93.33% estuvo de acuerdo. El mayor número de pacientes interrogados 54.17% estuvo de acuerdo con que cuesta mucho mantenerse en forma. Un 96.67 % de los usuarios entrevistados estuvieron dispuestos a participar en un grupo de autoayuda. Referente a la atención en centro de salud para los pacientes y la buena calidad, el 73.33% estuvo de acuerdo con el trato por parte del personal.

En 2016, Jaramillo, realizó un estudio con el objetivo de realizar un asesoramiento psicológico en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 para que mejorar la adherencia al tratamiento Médico en Cuenca, Ecuador. El tipo de estudio fue de tipo estudio de caso en 5 pacientes que previamente mostraron incumplimiento del tratamiento debido a ideas erróneas, temores y conocimiento inadecuado de la enfermedad. El asesoramiento fue desde el modelo integrativo de la personalidad que ayudo a que el abordaje fuera más equilibrado en relación puntual y bajo el conocimiento de los rasgos de la personalidad. Los resultados indicaron los pacientes que tienen una enfermedad crónica, la adherencia al tratamiento mejora en los 5 casos luego del proceso, se vio franca mejoría, en su control la diabetes mediante la aplicación del examen de HbA1c, cuyos resultados fueron menores que el examen inicial demostrando mejoría.

En 2016, Mendieta y Zavala efectuaron un estudio en Consulta Externa del servicio de Medicina Interna, del Hospital Santiago de Jinotepe en Nicaragua. El objetivo del estudio fue describir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa por el servicio de medicina interna del Hospital Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2016. El tipo de estudio fue no experimental, descriptivo, observacional y transversal. La muestra fue de 77 pacientes, con muestreo no probabilístico por conveniencia. El instrumento utilizado para el estudio fue una ficha de recolección de la información, que contenía una serie de preguntas. Los resultados mostraron que en las variables sociodemográficas, en relación a la edad, la mayoría de los pacientes encuestados se encontraban entre las edades de

51–60 años con un 37.5%. La procedencia de los encuestados fue pareja con un 50% (24), tanto rural como urbano; trabajadores por cuenta propia (64.6%); 62.5% tenían más de 5 años con la enfermedad. En cuanto a las dimensiones, en Conocimientos de autocuidado para diabéticos la mayoría de los encuestados poseían regular conocimiento con un 89.6% (43); en la dimensión Nivel de actitudes de autocuidado en diabéticos, 60.4% tenían una actitud favorable con respecto a su autocuidado. En cuanto a la clasificación se encontró que el componente comportamental y el componente afectivo predominaron con una actitud favorable en comparación al componente cognitivo, en el que predominó una actitud desfavorable. En relación al componente cognitivo se evidenció que 62% tenían una actitud desfavorable; en el componente comportamental se encontró un 69% con una actitud favorable; en el componente afectivo se obtuvo un 55%. En el Nivel de prácticas de autocuidado en diabéticos, el 43.8% tenía una regular práctica de autocuidado en relación a su enfermedad; con respecto a la dieta la mayoría tiene una práctica buena con un 49%, en cuanto a medicación y autoexámenes el 56% tienen buenas prácticas; en relación a los ejercicios físicos el 49% tiene malas prácticas; acerca de los cuidados de los pies el 58% tenía buenas prácticas.

Tal como puede observarse en la información anterior, la diabetes es un problema que debe ser abordado por enfermería debido a que los profesionales de esta disciplina cuentan con los conocimientos para trabajar con los usuarios desde el ámbito preventivo en el primer nivel de atención, ya que participa de manera práctica asistencial individual y asistencial en grupo e integra la participación de la comunidad en la salud, información y educación para la salud y mejoramiento de la calidad de vida control de epidemias, vigilancia de enfermedades.

Este estudio es posible de realizarse ya que se tiene acceso a la población de estudio y los gastos generados en la investigación serán cubiertos en su totalidad por el responsable del estudio.

Se espera que esta investigación enriquezca el trabajo del Grupo de investigación Cuidado humanizado en cronicidad.

III. Planteamiento del problema

La diabetes tipo 2 es un padecimiento complejo que lleva implícito una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización. Al igual que otros países, México enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad. Destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física, auto monitoreo y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica (NOM-015-SSA-2010).

La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física (OMS, 2016). Es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario. En las últimas décadas han aumentado sin pausa el número de casos y la prevalencia de la enfermedad. La diabetes y sus complicaciones conllevan importantes pérdidas económicas para las personas que la padecen y sus familias, así como para los sistemas de salud y las economías nacionales por los costos médicos directos y la pérdida de trabajo y sueldos.

Las nuevas estimaciones muestran una tendencia creciente de diabetes en personas cada vez más jóvenes, una tendencia que es muy preocupante para las futuras generaciones. De seguir los patrones demográficos actuales, más de 592 millones de personas estarán afectadas de diabetes en una generación el aumento de la diabetes tipo 2 en poblaciones de más edad. La carga de la diabetes no sólo

se refleja en el creciente número de personas con diabetes, sino también en el creciente número de muertes prematuras debidas a la diabetes (FID, 2013).

De acuerdo a datos del INEGI, la diabetes fue la segunda causa de mortalidad en el Estado de Michoacán de Ocampo en el año 2011 y muestra la magnitud del problema de esta enfermedad y por eso los programas de salud se enfocan en la detección y prevención temprana de los múltiples factores de riesgo.

El objeto de estudio de enfermería es el cuidado y dentro del cuidado, enfermería es el responsable de llevar y encaminar acciones de autocuidado en personas con diabetes tipo 2. Las acciones que puede realizar son de tipo preventivo e informativo en el primer nivel de atención, para evitar los efectos más dañinos para la salud.

Por eso, en esta investigación se pretende realizar un acercamiento al identificar las actitudes y motivaciones de personas con diabetes mellitus tipo 2, complicaciones y tratamiento de dicha patología, ya que enfermería es parte fundamental en el equipo multidisciplinario que intervine en el control de dicha enfermedad

El profesional de enfermería debe estar debidamente capacitado en educación terapéutica, nutricional, emocional, farmacológica en diabetes, ya que es un pilar muy importante y participa de manera importante en el proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y colectiva, todo en colaboración con el médico tratante.

Por todo lo anteriormente expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuáles son las actitudes y motivaciones de personas con diabetes tipo 2?

IV. Objetivo

4.1 General

Identificar las actitudes y motivaciones de la persona con diabetes tipo 2

4.2 Específicos

1. Describir las características de la muestra de estudio con base en las variables sociodemográficas y clínicas.
2. Conocer las actitudes y motivaciones de la persona con diabetes tipo 2 en las dimensiones necesidad de entrenamiento especial, percepción de la gravedad de la diabetes, valoración del control estricto, valoración del impacto psicosocial de la diabetes y autonomía del paciente.
3. Identificar las diferencias por género en las dimensiones necesidad de entrenamiento especial, percepción de la gravedad de la diabetes, valoración del control estricto, valoración del impacto psicosocial de la diabetes, autonomía del paciente y en la escala total.

V Hipótesis

Hi Existen actitudes y motivaciones en la persona con diabetes tipo 2.

Ho No existen actitudes y motivaciones en la persona con diabetes tipo 2.

Capítulo II

VI. Marco teórico

6.1 Actitudes y motivaciones

5.1.1 Concepto.

La actitud ha sido definida bajo una gran gama de conceptos. Ya que este es un tema de los más estudiados en el campo de las ciencias humanas, lo que explica la variedad de definiciones que se pueden encontrar. El estudio de las actitudes resulta muy relevante para la comprensión de la conducta social humana por diversas razones, las actitudes son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas asimilan y relacionan la información que reciben del mundo en torno a dimensiones evaluativas, las actitudes desempeñan una serie de funciones imprescindibles a la hora de buscar, procesar y responder, no sólo a la información sobre el entorno, sino también a la relacionada con uno mismo, las actitudes guardan una estrecha relación con nuestra conducta y, por tanto, el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios. Es decir, las actitudes influyen sobre la forma en que piensan y actúan las personas. Las actitudes permiten conectar el contexto social en el que vivimos con la conducta individual o, dicho de otro modo, nuestras actitudes reflejan la interiorización de los valores, normas y preferencias que rigen en los grupos y organizaciones a los que pertenecemos. Los cambios en las actitudes de las personas pueden cambiar el contexto. Si las actitudes de un gran número de personas cambian, posiblemente las normas sociales puedan cambiar también. Por ello, el estudio de cómo se adquieren y modifican las actitudes resulta esencial para comprender las bases de posibles cambios más amplios. Por último, la investigación sobre las actitudes permite conectar áreas de investigación tradicionalmente dispersas.

Desde su aparición en la Psicología social, a principios del siglo pasado, y hasta la actualidad, se han propuesto distintas definiciones de actitud, de mayor o menor complejidad. En la actualidad, la mayoría de los estudiosos del tema estaría de acuerdo en definir las actitudes de la siguiente forma:

Las actitudes son evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud (Briñol, Falces y Becerra).

La Real Academia Española define la actitud como la disposición de ánimo manifestada de algún modo. Etimológicamente, Trechera (2005) explica que el término motivación procede del latín *motus*, que se relaciona con aquello que moviliza a la persona para ejecutar una actividad.

Brenson (2008) refiere que el concepto actitud frente a la salud, se trata del conjunto de elementos cognitivos, emocionales derivados de la experiencia, el medio y la genética, que le permite a cada persona asumir una posición sobre los elementos que pueden conformar la salud tanto como sistema, como en su desarrollo personal.

La actitud corresponde a ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones de un individuo a actuar hacia algún aspecto del entorno (Secord y Backman, 1964).

Fisbein y Ajzen, citados por Nestares (2016), refieren que la actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud.

Muchielli citado por Nestares (2016), define actitud como una orientación general de la manera de ser de un actor social (individuo o grupo) ante ciertos elementos del mundo (llamados objetos nodales).

La actitud ha sido definida como un estado de disposición nerviosa y mental, que es organizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo ofrece a los objetos y a las situaciones. Por lo tanto, la actitud es más bien una motivación social antes que una motivación biológica. Es una predisposición aprendida para responder de un modo consistente a un objeto social. Se han distinguido tres componentes de las actitudes: el cognoscitivo (formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre el mismo), el afectivo (el sentimiento a favor

o en contra de un objeto social) y el conductual (la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una cierta manera). Las actitudes cumplen con varias funciones en la vida social, ya sean instrumentales, expresivas, de adaptación o defensivas.

El término actitud ha sido definido como reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado. Las actitudes son aprendidas. En consecuencia, pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastante estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular.

Allport, citado por el Grupo de Investigación Edufísica [GEE] define a la actitud como una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden.

Lo y McLean citados por López y de los Ángeles (2015) por encontraron que los pacientes diabéticos que optan por actitudes de tipo evasiva, negación y fantasía tienen mala calidad de vida, comparados con los que optan por un estilo activo-confortativo hacia dicha enfermedad. Por lo que es importante establecer también la diferencia entre actitudes positivas y negativas. Las positivas son aquellas que colaboran con el individuo para conseguir enfrentar la realidad de una forma sana y efectiva, las negativas son las que entorpecen esta relación del individuo con su entorno. La libertad del individuo reside en poder elegir entre una actitud y otra a cada momento.

El término motivación deriva del latín *moveré* (moverse). El diccionario de la RAEL lo define en su tercera acepción como ensayo mental preparatorio de una acción para animar o animarse a ejecutarla con interés y diligencia. Ésta última define perfectamente el concepto al que nos referimos en el contexto educativo. Más académicamente, Pintrich y Schunk (2006) definen la motivación como el proceso que nos dirige hacia el objetivo o la meta de una actividad, que la instiga y la mantiene. Por tanto, es más un proceso que un producto, implica la existencia de

unas metas, requiere cierta actividad (física o mental), y es una actividad decidida y sostenida.

De acuerdo con Santrock (2002), la motivación es el conjunto de razones por las que las personas se comportan de las formas en que lo hacen. Para otros autores como Herrera, Ramírez, Roa y Herrera (2004) indican que la motivación es una de las claves explicativas más importantes de la conducta humana con respecto al porqué del comportamiento. En tanto que para Ajello (2003), la motivación debe ser entendida como la trama que sostiene el desarrollo de aquellas actividades que son significativas para la persona y en las que esta toma parte.

De acuerdo con Sandoval (2012), la motivación es un pensamiento que puede ser provocado por el razonamiento, la memoria o el subconsciente y que, a su vez, se relaciona con sentimientos y emociones que terminan en una actitud. Para generarse una actitud, tanto positiva como negativa, intervienen factores como la autoimagen, las creencias, los valores, así como los principios éticos y morales del individuo.

Para Maslow, la motivación es el impulso que tiene el ser humano de satisfacer sus necesidades. Las clasifica en cinco. En la base están necesidades básicas referentes a la supervivencia; en el segundo escalón están las necesidades de seguridad y protección; en el tercero están las relacionadas con el carácter social, llamadas necesidades de afiliación; en el cuarto están las relacionadas con la autoestima, llamadas necesidades de reconocimiento y por último en la cúspide están las necesidades de autorrealización.

Piaget define a la motivación como la voluntad de aprender, entendido como el interés de absorber y aprender lo relacionado con el entorno.

Chiavenato define a la motivación como el resultado de la interacción entre el individuo y la situación que lo rodea. Dependiendo de la situación que viva el individuo en ese momento y de cómo la viva, habrá una interacción entre él y la situación que motivará o no al individuo.

Herzberg define la motivación como el resultado influenciado por dos factores: factores de motivación y factores de higiene; los factores de motivación

(logros, reconocimiento, responsabilidad, incentivos) son los que ayudan principalmente a la satisfacción del trabajador, mientras que si los factores de higiene (sueldo, ambiente físico, relaciones personales, status, ambiente de trabajo...) fallan o son inadecuados, causan insatisfacción en el trabajador.

McClellan afirma que la motivación de un individuo se debe a la búsqueda de satisfacción de tres necesidades: la necesidad de logro: relacionada con aquellas tareas que suponen un desafío, la lucha por el éxito, la superación personal, etc.; la necesidad de poder: referida al deseo de influir en los demás, de controlarlos; de tener impacto en el resto de personas.; la necesidad de afiliación: se refiere al deseo de establecer relaciones, de formar parte de un grupo; todo aquello relacionado con relacionarse con los demás.

5.1.2. Actitudes y motivaciones de las personas con diabetes.

La diabetes es una de las enfermedades crónicas que más requiere la colaboración de la persona para un mejor tratamiento, así como para favorecer una evolución más adecuada. Es además una de las enfermedades que requiere de la colaboración para aprender a gestionar el tratamiento y tener pautas que le permitan llevar a cabo para prevenir determinadas situaciones. Esta adherencia al tratamiento depende, en gran medida, de la motivación que la persona sienta para llevar a cabo esta gestión de la enfermedad.

La actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Las actitudes son adquiridas y no heredadas; por tanto, su desarrollo implica socialización y hábito. El nivel socioeconómico y educacional, la ocupación, la edad tiene influencia sobre las actitudes y creencias. Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales. Conociendo las actitudes y creencias de una persona respecto de algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas.

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia, pueden ser diferenciadas de los motivos biopsicosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastante estables con el tiempo.

Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.

Las actitudes comprenden tres factores: uno ideológico formado por ideas y convicciones determinadas, otro sentimental que genera simpatía o antipatía hacia cosas o personas; y un tercero reactivo o conductual que impulsa a pensar y obrar en las distintas situaciones sociales en consonancia con las convicciones y sentimientos profesados.

Los pacientes diabéticos deben modificar las prácticas de autocuidado y mantener un equilibrio entre la variedad de factores que la enfermedad genera, y no sólo las habilidades de cuidado personal para evitar los aumentos o disminuciones agudas de la glucosa, sino que también tiene que incorporar a su estilo de vida muchas medidas preventivas como: alimentación, ejercicio físico, cuidado de la piel, cuidado de las uñas, higiene bucal, utilización adecuado de calzado, asistencia médica, control de medicamentos , control del estrés y control de la glucemia.

Motivación en salud, se refiere al grado de interés que la persona tenga con respecto a los problemas de salud. Es importante recordar que conocer la gravedad de una enfermedad (por ejemplo, sus posibles complicaciones) no es una razón suficiente para cambiar las actitudes.

Las percepciones referidas a la probable gravedad que pueda sufrir si dejara sin tratar la enfermedad. Las complicaciones o consecuencias pueden ser orgánicas, psicológicas o sociales. Los conocimientos y las creencias afectan a los resultados del tratamiento, pero también sucede, al contrario. Esta interrelación indica que las predicciones dependen de la educación y las indicaciones que el individuo reciba.

6.2. Diabetes tipo 2

6.2.1. Concepto.

Existen varias definiciones de la diabetes. Se presentan algunas de ellas. La Organización Mundial de la Salud (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), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (2016).

De acuerdo a la Federación Internacional de la Diabetes [FID] (2013), la diabetes mellitus tipo 2 es definida como el tipo de diabetes más común en la que el cuerpo puede producir insulina, pero o no es suficiente o bien el cuerpo no puede responder a sus efectos, dando lugar a una acumulación de glucosa en sangre.

La DM2 se puede subdividir en insulinoresistente con deficiencia relativa de insulina un defecto secretor de la insulina con o sin resistencia a la insulina (GUIAS ALAD, 2013).

De acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, se define a la diabetes mellitus tipo 2 como el tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos.

De acuerdo NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, define a la diabetes como la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Por otra parte, la Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de Atención Evidencias y Recomendaciones (GPC), la diabetes mellitus tipo 2 es un trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de insulina (GPC, 2014).

6.2.2. Diagnóstico.

El diagnóstico se debe establecer cuando ocurran síntomas de diabetes como son: Polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso, acompañado del resultado de una glicemia en cualquier momento del día ≥ 200 mg/dl, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida (GPC, 2014).

De acuerdo a la NOM 015 para dar un diagnóstico o caso confirmado de diabetes, a la persona cuyo diagnóstico se corrobora por medio del laboratorio: una glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl; una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl; o bien una glucemia ≥ 200 mg/dl a las dos horas después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua, criterios diagnósticos de diabetes, en el Sistema Nacional de Salud.

6.2.3. Signos y síntomas.

Los síntomas clásicos de diabetes incluyen aumento en el apetito, poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso (Guía ALAD, 2013).

Los síntomas de la diabetes en los adultos mayores son inespecíficos y de aparición tardía, entre los cuales se han documentado: fatiga, letargia, somnolencia, pérdida de peso, Incontinencia urinaria, pérdidas del plano de sustentación, síntomas genitourinarios y alteraciones del estado de conciencia (GPC, 2014).

6.2.4. Tratamiento.

La DM T2 requiere una atención integral para su tratamiento, por lo que la evidencia científica recomienda seguir tratamiento no farmacológico y no farmacológico. El tratamiento no farmacológico incluye cambios en el estilo de vida de la persona, tratamiento médico nutricional y actividad física (ejercicio). En tanto que el

tratamiento farmacológico contempla el uso de hipoglucemiantes orales y uso de insulina.

6.2.5. Complicaciones

Las complicaciones debidas a la diabetes son una causa importante de discapacidad, disminución de la calidad de vida y muerte. Las complicaciones de la diabetes pueden afectar a diferentes partes del cuerpo, y se manifiestan de diferentes maneras en diferentes personas. No hay normas acordadas a nivel internacional para el diagnóstico y la evaluación de las complicaciones de la diabetes, la persona con diabetes corre el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud que pueden provocar discapacidad o la muerte (FID, 2013).

Los constantes niveles altos de glucosa en sangre pueden conducir a enfermedades graves que pueden dañar órganos importantes, como son el corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. En las personas con diabetes, la presión arterial alta, el colesterol alto, la alta glucosa en sangre y otros factores de riesgo contribuyen al aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares (FID, 2013).

La diabetes constituye un reto creciente y trascendente para el IMSS porque durante el 2010, la prevalencia de diabetes mellitus fue de 10.5% en la población derechohabiente y ocupó el segundo lugar de demanda de consulta en medicina familiar, el quinto lugar en la consulta de especialidades. Ocupó el octavo lugar en la consulta de urgencias y como motivo egreso hospitalario.5 de cada 10 pacientes en los programas de diálisis eran diabéticos tipo 2. Es primera causa de los dictámenes de invalidez que corresponde el 14.3% del total, con una relación hombre mujer de 8 a 1. (83 y 17% respectivamente) La diabetes mellitus es un factor de riesgo cardiovascular, se estima que entre 7 y 8 de cada 10 personas con diabetes mueren por este motivo. (División de información en salud, 2010; Méndez, 2010; GPC, 2014).

Las enfermedades renales (nefropatía) son más comunes en personas con diabetes que en las personas sin diabetes; y la diabetes es una de las principales causas de enfermedad renal crónica. Esta enfermedad es causada por el daño a

los pequeños vasos sanguíneos, que puede provocar que los riñones sean menos eficientes, o que fallen por completo (FID, 2013).

Cuando la glucosa en sangre y la presión arterial son demasiado elevadas, la diabetes puede provocar daño en el sistema nervioso de todo el cuerpo, los daños en los nervios de estas zonas se llaman neuropatía periférica, y puede conducir al dolor, hormigueo y pérdida de sensibilidad. La pérdida de sensibilidad es particularmente importante, ya que puede permitir que las lesiones pasen desapercibidas, dando lugar a infecciones graves y úlceras, enfermedad del pie diabético y amputaciones. El mantenimiento de niveles normales de glucosa en sangre y presión arterial puede reducir en gran medida el riesgo de nefropatía (FID, 2013).

Por otro lado, la hipertensión es más frecuente de 1.5 a 2 veces en la población diabética que en la no diabética, de los pacientes con DM2 hasta un 70-80% tienen hipertensión arterial. El control estricto de la glucemia, así como de la presión arterial, es indispensable para evitar la progresión del daño renal. Por ello, se recomienda realizar medición de la presión arterial de las personas con DT2 en cada visita al médico con una técnica adecuada (GPC, 2014).

6.2.6. Control metabólico.

La NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Establece como control metabólico, al paciente bajo tratamiento en el Sistema Nacional de Salud, que presenta de manera regular, glucosa en ayuno normal de 70 a 130mg/dl o de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) por debajo de 7%. IMC menor a 25, lípidos y presión arterial normales.

La DM T2 requiere un control metabólico por lo cual se establecen las siguientes metas para un buen tratamiento y control de la enfermedad, una hemoglobina glucosada HbA1c (%) ≤ 7 , Glucemia basal y preprandial 70 -130 mg/dl, glucemia postprandial ≤ 140 mg/dl, Colesterol total <200 mg/dl, LDL < 100 mg/dl, HDL < 40 o 50 mg/dl, triglicéridos <150 mg/dl, Presión arterial $<130/80$ mm/Hg, Peso e IMC <25 (IMC=Kg/m²), Cintura (cm) <90 hombres y <80 mujeres y el no consumo de tabaco.

Capítulo III

VII. Material y métodos

7.1. Tipo y diseño de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo porque usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Fue un estudio no experimental ya que son los estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández y colaboradores, 2014).

Fue transversal porque son los que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández y colaboradores, 2014).

7.2. Universo

Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, con rango de edad de 25 a 75 años.

7.3. Muestra

Fue una muestra no probabilística a conveniencia de 54 personas con diagnóstico médico de diabetes tipo 2 que acudan a consulta al Centro de Salud La Mira, Mich. Municipio de Lázaro Cárdenas, Michoacán.

7.4. Variables

Actitudes y motivaciones.

7.5. Criterios

Los criterios de inclusión y exclusión serán los siguientes.

7.5.1. Criterios de inclusión.

Se incluirán en el estudio a las personas diagnosticadas con diabetes tipo de por lo menos un año de evolución, con edad de 25 a 75 años de edad, con tratamiento

farmacológico, sin presencia de insuficiencia renal crónica, sin presencia de pie diabético actual, residentes de la Mira, municipio de Lázaro Cárdenas, Michoacán, que acepten participar y firmen la hoja de consentimiento informado.

7.5.2. Criterios de exclusión.

Se excluirán a las personas con menos de un año de evolución de diabetes, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, que no acepten participar y no acepten firmar la hoja de consentimiento informado.

7.5.3. Criterios de eliminación.

Se eliminarán los cuestionarios incompletos en más de un 30% o mal contestados.

7.6. Instrumentos

Para la medición y recolección de datos se utilizó el instrumento, en su tercera versión del *Diabetes Attitude Scale* (DAS-3) el cual es un cuestionario general válido y fiable (alfa de Cronbach 0.74) para evaluar actitudes y motivaciones relacionadas con la diabetes mellitus, apropiado tanto para efectuar comparaciones entre diferentes grupos de profesionales sanitarios o pacientes como para realizar la evaluación de programas de educación diabeto lógica.

El DAS-3 consta de 33 preguntas y está compuesto por cinco subescalas: S1) necesidad de entrenamiento especial (5 preguntas); S2) percepción de la gravedad de la diabetes mellitus (7 preguntas); S3) valoración del control estricto (7 preguntas); S4) valoración del impacto psicosocial de la diabetes mellitus (6 preguntas), y S5) autonomía del paciente (8 preguntas).

Para cada pregunta, la puntuación máxima es 5 y la mínima 1, donde “totalmente de acuerdo” vale 5 puntos; “de acuerdo”, 4 puntos; “indiferente”, 3 puntos; “en desacuerdo”, 2 puntos); y “totalmente en desacuerdo”, 1 punto. De la misma manera, para cada subescala del DAS-3, la puntuación máxima es cinco y la mínima es uno. Este instrumento considera que a mayor puntaje obtenido, mayor es la autonomía que se debería entregar al paciente.

7.7. Procedimiento

Se solicitó la aprobación del protocolo de investigación a la Comisión de Investigación y bioética de la Facultad de Enfermería y posteriormente se envió al Centro de Salud La Mira, municipio de Lázaro Cárdenas, Michoacán para que se autorizara su aplicación.

Cuando se autorizó, se acudió a la unidad de salud para identificar a los participantes que cumplieron los criterios de inclusión, se les invitó a participar y se les solicitó la firma de la hoja de consentimiento informado.

Una vez que firmaron se realizó el proceso en dos etapas. Primero se midieron peso, talla, IMC, glucosa, circunferencia de cintura y presión arterial. En segundo lugar, se les pidió que llenaran el cuestionario.

7.8. Diseño estadístico

Se aplicó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y las variables de estudio mediante medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y frecuencias y porcentajes. Los datos se procesaron con el programa estadístico *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versión 22.

Para determinar la consistencia interna del instrumento, se utilizó el Alfa de Cronbach; para determinar la normalidad en la distribución de los datos se aplicó la prueba de *Kolmogorov-Smirnov* y al no encontrarse normalidad, se utilizó la prueba estadística no paramétrica *U de Mann-Whitney*.

7.9. Consideraciones éticas y legales

De acuerdo con los principios básicos de respeto a la integridad física y mental del participante contemplado en la declaración de Helsinki y considerando además lo establecido en el reglamento de la ley General de Salud de México en su capítulo segundo a fin de garantizar el respeto a su dignidad así como la protección de sus derechos y bienestar tal como los señala el artículo 13.

De igual manera, el investigador se comprometió a contar con el consentimiento informado de los participantes de acuerdo a lo previsto en el Art. 14 fracción V, el cual se obtendrá por escrito, explicitando su capacidad para participar

en el proyecto libremente y sin coacción alguna artículo 20, los objetivos de la investigación, los procedimientos ya señalados previamente, los riesgos y beneficios, el proporcionar respuesta a las dudas que surjan durante la investigación e información actualizada obtenida de la misma, retirar su consentimiento sin que existan modificaciones en la atención de salud, la seguridad de mantener la confidencialidad de los datos que se obtendrán en los cuestionarios y los resultados de la prueba, a los cuales se mantendrá en absoluta privacidad (artículo 21).

El investigador también respetó lo establecido en el artículo 22 al elaborar el consentimiento informado, debiendo obtener la aprobación de la comisión de ética de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y de las comisiones de investigación de la Secretaría de Salud de Michoacán, indicando nombre y firma de los testigos, se garantizó también que el consentimiento informado no se solicitara hasta en tanto la investigación no haya sido aprobada por los Comités de Investigación y Ética (art. 99 fracciones I y III y artículos 109 y 111) y nunca antes de la recolección de datos, debiendo entregar una copia del mismo al participante.

Así mismo, el investigador respetó lo señalado en el capítulo V en los artículos 57 y 58 al realizarse la investigación en participantes considerados como cautivos por recibir atención en el área de hospitalización, por lo que se garantizó que los resultados de la investigación no serán utilizados en su perjuicio.

Igualmente, el investigador respetó lo establecido en los Artículos 113, 114 y 116 del Título Sexto relativos a la ejecución de la investigación garantizando que la investigación será efectuada por un equipo de trabajo con experiencia y con conocimiento de los principios éticos que guían la investigación, a fin de cumplir con las fracciones I, II, III, IV, V, VI y VII, para lo cual recibió la asesoría permanente de la Directora de tesis.

VIII. Resultados

El objetivo de este estudio fue evaluar las actitudes y motivaciones de las personas con diabetes tipo 2. A continuación se describen los resultados de las variables sociodemográficas y en seguida la variable de estudio.

Para el primer objetivo que buscó describir las características de la muestra de estudio con base en las variables sociodemográficas y clínicas, se utilizaron medidas de tendencia central y frecuencias y porcentajes.

Tabla 1.

Género de los participantes, 2016

Sexo	f	%
Masculino	10	18.5
Femenino	44	81.5
Total	54	100

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 1 se observa que el 81.5% de los participantes pertenece al sexo femenino.

Tabla 2.

Ocupación de los participantes, 2016

Ocupación	f	%
Trabajo profesional	3	5.6
Obrero	20	37.0
Hogar	20	37.0
Comercio	10	18.5
Campo	1	1.9
Total	54	100

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 2 se observa que las personas que se dedican al hogar y los obreros obtuvieron ambos 37%.

Tabla 3.

Escolaridad en número de años cursados de los participantes 2016

Número de años cursados	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
	2.61	1.00	0	0	12	3.04

Nota. DE= Desviación estándar

En la tabla 3 se observa que en la escolaridad la media fue de 2.61 con una DE de 3.04.

Tabla 4.

Medición de glucosa en casa de los participantes, 2016

Medición de glucosa	f	%
Si	15	27.8
No	39	72.2
Total	54	100

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 4 se observa que el 72% de los participantes no miden su glucosa en casa.

Tabla 5.

Patologías de los participantes, 2016

Patología		f	%
Hipertensión arterial	Sí	24	44.4
	No	30	55.6
Obesidad	Sí	1	1.9
	No	53	98.1
Dislipidemias	Sí	3	5.6
	No	51	94.4
Síndrome metabólico	Sí	3	5.6
	No	51	94.4

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 5 se observa que el 55.6% de los participantes tiene hipertensión arterial, el 98.1% de los participantes tiene obesidad, el 94.4% de los participantes tiene dislipidemias.94.4% de los participantes tiene síndrome metabólico.

Tabla 6.

Tiempo de diagnóstico de diabetes de los participantes, 2016

Diagnóstico de diabetes	f	%
Menos de un año	3	5.6
De 1 a 5 años	14	25.9
De 5 a 10 años	19	35.2
10 años o mas	18	33.3
Total	54	100

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 6 se observa que el 35.2% de los participantes tiene de 5 a 10 años de diagnóstico de la enfermedad.

Tabla 7.

Familiar con quien viven los participantes, 2016

Familiar con quien vive	f	%
Pareja	34	63.0
Hermanos	2	3.7
Hijos	11	20.04
Padre o madre	2	3.7
Nadie	5	9.3
Total	54	100

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 7 se observa que el 63.0% de los participantes vive con su pareja.

Tabla 8

Medidas antropométricas de los participantes, 2016

Medidas antropométricas	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Circunferencia de cintura	100.44	101.00	92	68	138	2.82
Peso	75.02	77.20	80	46	100	15.12
Talla	1.59	1.58	158	1.44	1.89	.09
IMC	29.88	30.45	20	19	45	6.32

Nota. DE= desviación estándar

En la tabla 8 se observa que la circunferencia de cintura la media fue de 100.44, (DE=2.82), mínimo de 68 y máximo de 138; respecto al peso, la media fue de 75.05 (DE=15.12), mínimo de 46 y máximo de 138; en cuanto al índice de masa corporal de los participantes, se tuvo una media de 29.88 (DE=6.32), mínimo de 19 y máximo de 45; finalmente, en la talla la media fue de 1.59 (DE=.09), mínimo de 1.44 y máximo de 1.89.

Tabla 9

Variables clínicas de los participantes, 2016

Variables clínicas	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Presión arterial Sistólica	133.04	129.00	120	98	202	24.89
Presión arterial Diastólica	81.02	80.00	80	58	117	13.29
Glucosa	164.22	152.50	200	291	74	50.73

Nota. DE= desviación estándar

En la tabla 9 se observa que la presión arterial sistólica tuvo una media de 133.04 (24.89) un mínimo 98 y máximo de 202; presión arterial diastólica media de 81.02 (DE=13.29) un mínimo de 80.00 y un máximo de 117; glucosa tuvo una media 164.22 (DE=50.73) un mínimo de 74 y un máximo de 291.

Tabla 10

Control glucémico de los participantes

Medición de glucosa	f	%
Con control glucémico	2	3.7
Sin control glucémico	52	96.3
Total	54	100

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 10 se observa que el 66.7% de los participantes se encuentran sin control glucémico.

Para el segundo objetivo que buscó conocer las actitudes y motivaciones de la persona con diabetes tipo 2 en las dimensiones necesidad de entrenamiento especial, percepción de la gravedad de la diabetes, valoración del control estricto, valoración del impacto psicosocial de la diabetes y autonomía del paciente, se utilizaron medidas de tendencia central.

Tabla 11.

Dimensiones del instrumento Actitudes y motivaciones, 2017

Dimensión	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Necesidad de entrenamiento especial	20.87	20.50	20.00	15	25	2.82
Percepción de la gravedad	32.74	33.00	34	27	38	2.37
Valoración del control estricto	37.03	36.00	36	35	40	1.68
Impacto psicosocial de la DM	18.90	19	18	15	24	1.67
Autonomía del paciente	28.37	29.00	28.00	20	24	3.73
Escala total	120.11	118.50	115	101	142	8.56

Nota. DE= desviación estándar

En la tabla 11 se observa que la dimensión mejor puntuada fue valoración del control estricto con una media de 37.03 ($DE=1.68$), seguida de la dimensión percepción de la gravedad con una media de 32.74 ($DE=2.37$). La dimensión con peor puntuación fue impacto psicosocial de la diabetes mellitus, con una media de 18.90 ($DE=1.67$).

Tabla 12.

Dimensiones de actitudes y motivaciones del instrumento DAS 3SP

Dimensiones		f	%
Dimensión necesidad de entrenamiento especial	Menor	0	0
	Mayor	54	100
Dimensión percepción de la gravedad	Mayor	54	100
	Menor	0	0
Dimensión valoración del control estricto	Mayor	0	0
	Menor	54	100
Impacto psicosocial	Menor	46	85.2
	Mayor	8	14.8
Autonomía del paciente	Menor	0	0
	Mayor	54	100

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje

En la tabla 12 se observa que la dimensión con mejor porcentaje, fue la de impacto psicosocial con un 85.2%.

Tabla 13

Prueba de U de Mann-Whitney para género de los pacientes diabéticos.

Dimensiones	Media	Mediana	DE	U	Valor de p
Necesidad de entrenamiento especial		20.50	2.82	210.00	0.823
Masculino	20.70	20.00			
Femenino	20.90	13.00			
Percepción de la gravedad de la enfermedad	13.09	13.00	2.02	154.00	0.134
Masculino	14.00	14.00	1.56		
Femenino	12.88	13.00	2.07		
Control estricto de la enfermedad.	26.22	26.00	3.58	173.50	0.297
Masculino	25.00	25.00	2.74		
Femenino	26.50	26.00	3.71		
Impacto psicosocial de la diabetes mellitus	18.90	19.00	1.67	205.00	0.733
Masculino	18.70	18.50	1.63		
Femenino	18.95	19.00	1.69		
Autonomía del paciente	28.37	29.00	3.73	190.50	0.509
Masculino	27.30	28.50	4.24		
Femenino	28.61	29.00	3.61		
Escala total Actitudes y motivaciones	20.87	20.5	2.82	190.0	0.503
Masculino	118.40	117.50	8.59		
Femenino	120.50	118.50	8.60		

Nota: Media, mediana, DE= Desviación estándar, U= estadístico de prueba de U de Mann-Whitney

IX. Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar las actitudes y motivaciones de las personas con diabetes tipo 2 y en esta investigación se estudiaron 54 personas con diabetes tipo 2, de las cuales la mayoría fue de género femenino, esto es semejante a lo reportado por Navarro et al (2000) con una muestra de 200 pacientes, Silva y de la Fuente (2005) con 113 personas con diabetes y Mendoza et al (2009) con 202 sujetos, pero diferente a lo que encontraron Ariza et al (2011) en un estudio efectuado con 120 personas.

En relación con el tiempo de evolución de la enfermedad, el 35.2% de los participantes presentó de 5 a 10 años de diagnóstico de la enfermedad, esto fue semejante a lo encontrado por Silva y de la Fuente (2005) y Mendoza et al (2009), pero diferente a lo que encontraron Ariza et al (2011).

Respecto a la escolaridad, el 40.7% de los sujetos tuvo una educación de 0 años cursados, y esto fue diferente a lo encontrado por Navarro, Rodríguez, Munguía y Hernández (2000), Mendoza et al. (2009), y Silva y de la Fuente (2005).

En relación a las medidas antropométricas de los participantes respecto a la talla se encontraron resultados semejantes a lo encontrado en estudios anteriores por Ariza et al (2011).

Respecto al peso de los participantes se encontraron con sobrepeso, coincidiendo con los resultados en estudios anteriores realizados por Ariza et al (2011). Por lo que es importante recomendar programas educativos estructurados que combinen ejercicio físico con asesoramiento dietético, reducción de la ingesta de grasas diaria, contenidos de hidratos de carbono y consumo de fibra, la dieta debe ser hipocalórica. Un control en el peso corporal mejora la sensibilidad a la insulina, control glucémico, presión arterial, dislipidemia y el riesgo cardiovascular (Secretaría de Salud, 2014).

Respecto a la circunferencia de cintura de los participantes se encontró que fue mayor a lo establecido, coincidiendo con Ariza et al (2011), lo que indica que los participantes deben ser capacitados e informados sobre las complicaciones de la diabetes así como recomendar actividad física moderada por lo menos cinco días a la semana y técnicas de modificación de conducta, mantenimiento de cambio conductual y reducción moderada de peso. El riesgo de desarrollar enfermedades crónicas es alto, se recomienda bajar de peso corporal, cambiar malos hábitos alimenticios, eliminar grasas y azúcares refinados, además de realizar algún tipo de actividad física durante 60 minutos diarios (Secretaría de salud, 2014).

Respecto al índice de masa corporal (IMC) de los participantes se encontró que tuvieron sobrepeso y obesidad, semejante con estudios anteriores realizados por Ariza et al (2011), por lo que es importante implementar medidas enfocadas en programas educativos que combinen ejercicio físico con asesoramiento dietético, reducción de la ingesta de grasa en pacientes con índice de masa corporal elevado y se debe recomendar una dieta baja en hidratos de carbono (Secretaría de Salud, 2014).

Cuando se analizaron los resultados de esta investigación de acuerdo a las variables clínicas de presión arterial sistólica y diastólica se encontró que los participantes en sus dos variables clínicas tuvieron la presión arterial controlada, semejante a lo encontrado por Ariza et al (2011), ya que la hipertensión es más frecuente en la población diabética que en la no diabética. Así que en los pacientes con DT2, las recomendaciones son las mismas que para la población general: disminuir la ingesta de grasa saturada de la energía total, ingesta de colesterol LDL, ya que estudios controlados han reportado que disminuir la presión arterial en los pacientes diabéticos, reduce el riesgo cardiovascular (Secretaría de Salud, 2014).

En la variable clínica de glucosa, los participantes de este estudio tuvieron un menor control en los niveles de glucosa y fue diferente respecto a lo encontrado por Ariza et al (2011), por lo que es importante que el paciente diabético lleve el estricto control de la glucemia, ya que esto se asocia con reducción en la incidencia de complicaciones micro y macro vasculares, las dietas basadas en alimentos con bajo

índice glucémico muestran una tendencia favorable en el control de la glucosa (Secretaría de Salud, 2014).

Cuando se analizaron los resultados obtenidos en las actitudes y motivaciones observamos que en los cinco rubros que evalúa el instrumento utilizado hay algunas diferencias con estudios previos. En la dimensión valoración del control estricto se obtuvo el mejor puntaje respecto a las dimensiones del instrumento, pero fue mayor puntaje a lo obtenido en el estudio realizado por Mendoza y colaboradores (2009), por lo que los pacientes diabéticos no le dan importancia a un mejor control estricto aunque la literatura es muy clara al señalar que los aspectos fundamentales el tratamiento de la diabetes son la educación que fomenta el autocuidado y mejora el control glucémico (HbA1c), las cifras de glucemia en control, así como el control de peso que mejoran la calidad de vida (Secretaría de salud, 2014). Por eso el personal de salud y el paciente deben enfocar los esfuerzos en este aspecto ya que se convierte en el objetivo para el manejo del paciente.

En la dimensión percepción de la gravedad de la enfermedad se obtuvo el segundo mejor puntaje respecto a las dimensiones, pero fue mayor comparado con lo reportado por Mendoza y colaboradores (2009) y Silva y de la Fuente (2005), donde se observa que los pacientes diabéticos tienen una percepción de la enfermedad grave. Los datos de este estudio son importantes e imprescindibles para evaluar los conocimientos que tiene el paciente acerca de esta patología, por lo que se recomienda el desarrollo de habilidades que favorezcan al conocimiento de la enfermedad a nivel personal, familiar y de las intervenciones contempladas en programas de salud dirigidos a enfermos crónicos, en especial a pacientes diabéticos. Es decir, se debe poner más énfasis en los conocimientos sobre la diabetes y realizar evaluaciones sobre los resultados de programas innovadores que tengan por objetivo cambiar los comportamientos de los pacientes diabéticos (OMS, 2016).

Los resultados de la dimensión necesidad de entrenamiento especial obtuvo el tercer peor puntaje en el estudio, aunque mayor a lo reportado por Mendoza y colaboradores (2009) por lo que indica que los pacientes diabéticos desean que los profesionales de la salud les proporcionen información clara y apropiada, para lo que se requiere que desde la primera consulta se involucre al paciente, a su familia y al personal de salud, ya que los dos primeros van a requerir entrenamiento en diferentes aspectos de la enfermedad como el entrenamiento grupal para el autocuidado, el conocimiento sobre diabetes, disminución del peso corporal, tensión arterial, uso de medicamentos y control glucémico (Secretaría de Salud, 2014).

En la dimensión impacto psicosocial de la enfermedad, los pacientes obtuvieron el puntaje más bajo respecto a las dimensiones del instrumento, lo que no coincide con los resultados del estudio realizado por Mendoza et al. (2009), ya que el estudio mostro que el paciente no se preocupa por las repercusiones de la enfermedad en la vida diaria. Por lo que se debe dar un mayor enfoque en el aspecto psicosocial del paciente diabético y debe ser parte importante del manejo. Debe investigarse depresión, ansiedad, desórdenes alimenticios, trastornos cognitivos y considerar valoración especializada. Se recomienda la enseñanza y el apoyo psicosocial al paciente con mayor frecuencia, como un proceso continuo y sistemático (Secretaría de salud, 2014).

En la dimensión que valora la autonomía del paciente que es definida como la necesidad del paciente de depender cada vez menos del médico para llevar un adecuado control de su enfermedad mediante el conocimiento pleno de la misma, y en este estudio se encontró el tercer mejor puntaje en relación con las dimensiones del instrumento, a diferencia de los estudios realizados por Hernández et al (2002) y Mendoza et al (2009) donde se reportaron como la tercera mejor puntuada y la segunda peor puntuada. Es decir, el paciente desea mayor autonomía para el manejo de su enfermedad, por lo que se considera que el personal de salud debe proporcionar mayor autonomía y responsabilidad en el control de sus padecimientos.

Cuando se analizaron las diferencias de actitudes y motivaciones por género en las personas con diabetes, se encontró lo siguiente. En la dimensión necesidad de entrenamiento especial el género femenino obtuvo mayor puntaje, esto semejante a lo reportado por Mendoza et. al (2009); para la dimensión percepción de la gravedad, el género de mayor puntaje fue el masculino, fue similar a lo reportado por Mendoza et. al (2009); y para la dimensión control estricto de la enfermedad, el género femenino fue el que obtuvo el mayor puntaje, esto similar a lo reportado por Rodrigues et. al (2009).

X. Conclusiones

El objetivo de este estudio fue conocer las actitudes y motivaciones de personas con diabetes tipo 2 y se estudiaron 54 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2.

La mayoría de los participantes encuestados fueron del género femenino, no tienen educación primaria, se dedican labores del hogar y/o son obreros y tienen un tiempo de diagnóstico de la enfermedad mayor a 5 años.

En relación con la variable actitudes y motivaciones, la dimensión mejor puntuada fue valoración del control estricto, seguida de la dimensión percepción de la gravedad. Por otra parte, la dimensión con peor puntuación fue percepción del impacto psicosocial de la diabetes mellitus.

Los participantes de esta investigación consideran que no es tan importante llevar un control estricto de la enfermedad, tienen una percepción de la enfermedad grave y consideran que el impacto psicosocial de la diabetes mellitus no afecta en su entorno familiar, aspecto económico y social de manera significativa.

XI. Sugerencias

A partir de los resultados obtenidos en esta población se sugiere lo siguiente.

Para las personas con diabetes tipo 2.

1. Asistir oportunamente y tempranamente a las consultas médicas programadas, para evitar posibles complicaciones.
2. Participar en los talleres y grupos de ayuda que realice el personal de salud acerca del autocuidado en personas diabéticas.
3. Realizar ejercicios físicos moderados, una dieta adecuada, un buen cuidado de sus pies y tomar a tiempo su medicamento y autoexámenes.
4. Llevar una vida activa porque favorece el control de la diabetes y otras enfermedades como la presión arterial alta, además de ser de utilidad para el mejoramiento de la salud en general.
5. Participar activamente con el personal de salud ya que la información es parte fundamental en las decisiones sobre los tratamientos.
6. Cuidar cantidad y tipo de alimentos que consume, pues de allí proviene la energía que utiliza el organismo, recordando que la diabetes ocasiona dificultad para utilizar adecuadamente el contenido energético de los alimentos.

Para los prestadores de servicio social de enfermería

1. Integrar los grupos de ayuda mutua (GAM) en colaboración con las diferentes áreas de la medicina.
2. Acudir a sesiones y actualizaciones sobre diabetes mellitus.
3. Ofrecer educación continua a las personas con diabetes, ordenada y sistematizada con objetivos claros al momento del diagnóstico y durante su evolución.
4. Desarrollar estrategias educativas que expliquen en qué consiste la diabetes y sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo, con el propósito de

incorporar la educación como parte de la prevención, tratamiento y control de esta enfermedad.

Para las instituciones de salud

1. Las instituciones de Salud deben unificar esfuerzos para implementar estrategias efectivas que incrementen los conocimientos, mejoren las actitudes, conocimientos y promuevan las prácticas adecuadas sobre la prevención de diabetes, pero sobretodo tener un enfoque en la promoción y educación de hábitos saludables a la población en general.
2. Crear grupos de pacientes diabéticos que permitan compartir experiencias de los pacientes con un buen autocuidado y los nuevos pacientes con la enfermedad.
3. Capacitar al personal de salud sobre estrategias educativas en dichos pacientes, para brindar consejería oportuna a los pacientes.
4. Promover campañas permanentes en la prevención de diabetes y de igual manera brindar información para el autocuidado en pacientes que padecen dicha enfermedad.
5. La atención de los servicios de salud debe ser acorde a las diferentes pautas de conducta de la población según sus características sociales, culturales, demográficas y a los aspectos relacionados con sus valores, costumbres, tradiciones, etc.

Para la Facultad de Enfermería

1. Fomentar las investigaciones en esta área, proponiendo un mayor nivel de profundidad de conocimientos acerca de diabetes, para poder hacer propuestas educativas intervencionistas.
2. Acudir a sesiones de actualización de diabetes mellitus tipo 2.
3. Incorporar a los alumnos a programas de prevención, actualización sobre la diabetes mellitus tipo 2 e incorporarlos más al primer nivel de atención en salud.

XII. Referencias bibliográficas

- Andrade, S. Antonio, M.A. y Cerezo A.M. (2012). Creencias en Salud de la persona que vive con diabetes. *Desarrollo científ enferm*, 20, 255- 260, Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-255.pdf>
- Asociación Latinoamericana de Diabetes, Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina basada en la evidencia (2013). Recuperado de http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/GUIAS_ALAD_2013.pdf.
- Aráuz, A., Sánchez, G. Padilla, G., Fernández, M., Roselló, M., Guzmán, S. (2001). Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Panam Salud Pública*, 9,145-153, Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v9n3/4517.pdf>
- Álvaro, M.Q. (2003) *tipo de sector de salud y discrepancia de actitudes entre médico y el paciente hacia la diabetes* (tesis de maestría) recuperado de la base de datos de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de medicina.
- Ariza, C., Gavara, V., Muñoz, A., Aguera, F. Soto, M., Lorca, J.R. (2011). Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. *Aten Primaria*, 43, 398-406. DOI: 10.1016/j.aprim.2010.07.006.
- Alves, D., da Silva, N., Lima, A., Veiga, P., de Oliveira, C. (2012) Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus 1. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a08v20n3.pdf.
- Baca, B., Bastidas, M. de J., Aguilar, M. del R., De la Cruz, M. de J., Gonzales. M. D., Uriarte, S. Flores, P., (2008). Nivel de conocimientos del Diabético sobre su autocuidado. *Enfermería Global*, 13, 1-13, Recuperado de <file:///C:/Users/agustin/Downloads/14691-70261-1-PB.pdf>.

- Bail, V., Azzollini, S., (2012) *Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2*, Rev Argent Salud Pública, 10, 15-23. Recuperado de <http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen10/Pupko.pdf>.
- Briñol, P., Falces, C., Becerra, A., *Actitudes, psicología social*, cap. 17, 457- 490. Recuperado de <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>.
- Carmen, A. G. (2015) *Actitudes hacia la diabetes del personal de Salud médico tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo II en lima metropolitana* (tesis para optar el título de médico cirujano) recuperada de la base de datos de la Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana.
- Definición de. (29 de noviembre de 2008). Recuperado de Definición de: <http://definicion.de/actitud>.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Resultados Nacionales (2012). Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.
- Federación Internacional de la Diabetes, Atlas de la Diabetes 6ª edición (2013). Recuperado de <file:///C:/Users/agustin/Downloads/spanish-6th.pdf>.
- Flores, S., Padilla, A., (2006), influencia del conocimiento en el autocuidado pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, Desarrollo Cientif Enferm, 14, 357-360.
- Giovani, B.A. (2014) “*Conocimientos, actitudes y percepción del paciente y el personal de salud en relación a la diabetes mellitus, según el Diabetes Attitude Scale, en el centro de salud de Patzicia, Chimaltenango, Septiembre 2013 – Diciembre 2013*” (Tesis de grado) Recuperado de la base de datos de la Universidad Mariano Galvez de Guatemala, Facultad de Medicina.
- Garza, M., Calderón, C., Salinas, A., Núñez, G., Villarreal, E., (2003). Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med IMSS*, 6, 465-472. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im036b.pdf>.
- Guía de Práctica Clínica, Guía de Referencia Rápida Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-718-14, (2014).

Grupo de Investigación Edufísica, Actitudes, *Revista EDU-FISICA*, Recuperado de <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>.

Hernández, M., Gutiérrez, J., Reynoso, N., (2013), Diabetes mellitus en México.

El estado de la epidemia, *salud pública de México*, 55, 129-136. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a9.pdf>.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística, (2015), Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/>.

Julia, M. A. (2014) *creencias y motivaciones de un grupo de diabéticos del CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, para abandonar un programa de actividad física* (Tesis de maestría). Recuperado de la base de datos de la universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública.

Jessica, J.O. (2016) “*Asesoramiento psicológico para mejorar la adherencia al tratamiento Médico de pacientes que presentan diabetes mellitus tipo 2*” (Tesis de maestría). Recuperado de la base de datos de la universidad de AZUAY, Cuenca. Ecuador.

López, M., de los Ángeles, O. (2015) “*Conocimientos y actitudes de diabetes mellitus en usuarios de dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el período de octubre del año 2015*” (tesis para obtener el título de doctor en medicina y cirugía) Recuperado de la base de datos de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas.

Meneses, C., (2014). *Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar*. (Tesis de posgrado). Recuperado de la base de datos de la Universidad Veracruzana.

Mendieta, P., Zavala, M., (2016), “*Conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa por el servicio de medicina interna del Hospital Regional Santiago de Jinotepe, enero - marzo del 2016*”. Recuperado de <http://repositorio.unan.edu.ni/3622/1/72181.pdf>.

Mendoza, R., Gil, I., Sainz, L., Soler, E. Mendoza, H., Hernández, J. (2009). Actitudes y motivaciones del paciente diabético y el personal de salud sobre la diabetes mellitus tipo 2. *Archivos de medicina familiar*, 11, 93-99. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719105001>

Navarro, J.M, Rodríguez, R., Munguía, C., y Hernández, J. L. (2000). Nivel de información médica sobre diabetes, actitud de los pacientes hacia la enfermedad y su asociación con el control glucémico. *Atención Primaria*, 26, 283-286. DOI: 10.1016/s0212-6567(00)78665-3.

Naranjo, M. L, (2009), *Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo*. Revista Educación 33(2), 153-170, ISSN: 0379-7082, 2009. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/440/44012058010.pdf>.

Nestares, K., (2014) *Actitudes de los adultos hacia la prevención de diabetes tipo II en un Centro de Salud en Lima Metropolitana 2014*, (Para optar el título profesional de licenciada en Enfermería) Recuperado de la base de datos de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, E.A.P. de Enfermería.

Naranjo, M.L., (2009) Motivación: Perspectivas Teóricas y Algunas Consideraciones de su Importancia en el Ámbito Educativo, *Revista Educación*, 33, 153-170, ISSN: 0379-7082.

Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial sobre la Diabetes. Resumen de Orientación. (2016). Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf

Rodrigues, F. F. L., Zanetti, M. L., Santos, M. A., Martins, T. A., Sousa, V. D., Teixeira, C.R.S. (2009). Conocimiento y actitudes: componentes para la

- educación en la diabetes. *Latino am Enfermagem*, 17, Recuperado de www.eerp.usp.br/rlae
- Real Academia Española, <http://dle.rae.es/?id=0cWXkpX>.
- Rodríguez, M.M., Tortosa, V. y Rodríguez, M. D., (2015). Actitudes en diabetes tipo I en niños adolescentes. *Paraninfo Digital*, 22, Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n22/030.php>
- Sandoval W (s.f.) La motivación. Obtenido el 4 de junio de 2012 recuperado de <http://publiespe.espe.edu.ec/articulos/liderazgo/motivacion.pdf>.
- Silva, P., y de la Fuente, G. (2005). Evaluación de las motivaciones y actitudes en pacientes diabéticos tipo 1 y 2 mediante Escala DAS-3SP. *Cuad Méd Soc (Chile)*, 45, 250-255. Recuperado de http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2005/45/4/45_4_4.pdf
- Secretaría de Salud. (2014). Guía de Práctica clínica Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de Atención Evidencias y Recomendaciones. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GPC_Tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718GER.pdf.
- Secretaría de Salud del estado de Michoacán. (2012). Diagnóstico de Salud.
- Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2010), Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus Diabetes mellitus. Recuperado de <file:///F:/NOM-015-SSA2-2010.pdf>.
- Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/nom/NOM-037-SSA2-2012.pdf>
- Vicente, B., Zerquera, G., Rivas, E., Muñoz, J., Gutiérrez, Y., Castañeda, E., (2010) nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 8, 412-418. ISSN: 1727-897X.

<https://www.euroresidentes.com/empresa/motivacion/motivacion-segun-autores>

XIII. Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Proyecto de Investigación

Explicación del proyecto. Este es un proyecto de investigación que realizará un pasante de la licenciatura en enfermería Luis Alberto Silva Ramirez como parte de una investigación en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en Facultad de Enfermería para obtener el título de licenciado en Enfermería. Para que Usted pueda decidir si decide participar en este proyecto necesita que se le dé información sobre el propósito del estudio, los beneficios para su salud, cuáles son los riesgos que existen por participar y lo que solicitaremos que haga si acepta la invitación a participar. Todo este proceso se llama “consentimiento informado” y es el siguiente formulario en el que se le explicará toda la información sobre el estudio para que usted pueda, después de leerlo y comentarlo con algún familiar si así lo desea, decidir libremente y sin presiones si acepta participar. Si usted y su familiar aceptan, se le pedirá que firme esta hoja y se le entregará una copia para que Usted la conserve. Si Usted nos dice que desea un día o dos para decidir, regresaremos después para conocer su decisión.

Propósito del estudio. Como enfermeros y profesionales de la salud estamos interesados en saber las actitudes y motivaciones de personas con diabetes tipo 2.

Descripción del estudio y procedimiento. Si Usted acepta participar en este estudio le pediré que firme esta hoja llamada “Consentimiento informado” y que permite que su servidor el pasante de licenciatura Luis Alberto Silva Ramirez le aplique un cuestionario.

- Cuestionario. Le harán una serie de preguntas que tienen que ver con las actitudes y motivaciones de personas con diabetes tipo 2.

Beneficios potenciales. Los beneficios que obtendrá con los procedimientos que se realizara son los siguientes:

Cuestionarios. Con la información que proporcione, usted podrá saber las actitudes y motivaciones de personas con diabetes tipo 2.

Costo por participar. Si usted acepta participar no se le pedirá que realice ningún pago.

Confidencialidad. La información que Usted nos dé en los cuestionarios y los datos de los procedimientos que se le harán, no será conocida por nadie más que las personas que participen en el estudio y se utilizará sólo para los propósitos de esta investigación que ya se le explicaron anteriormente.

Retractación. Usted puede dejar de participar en el momento que así lo decida. Igualmente le recuerdo que este consentimiento podrá ser invalidado en el momento que así lo considere.

Preguntas. Si Usted tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio, puede comunicarse con la, responsable del estudio a los siguientes teléfonos: 4431950956.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si Usted está de acuerdo en participar, por favor firme en la línea y recuerde que aunque haya firmado este documento, Usted puede abandonar el estudio en el momento que así lo decida.

Nombre y Firma del participante*

Fecha

Nombre y Firma del Testigo 1

Fecha

*Si el participante no sabe firmar pondrá su huella digital

Anexo 1 Operacionalización de variable

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador
Actitudes y motivaciones ante la diabetes	Independiente	Una definición clásica de actitud es la establecida por Allport, que la consideraba 'un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones' (Allport, 1935, en Martín-Baró, 1988).	Una actitud es una predisposición, aprendida, a valorar o comportarse de una manera favorable o desfavorable una persona, objeto o situación.	S1) necesidad de entrenamiento especial (5 preguntas) S2) percepción de la gravedad de la diabetes mellitus (7 preguntas) S3) valoración del control estricto (7 preguntas) S4) valoración del impacto psicosocial de la diabetes mellitus (6 preguntas) S5) autonomía del paciente (8 preguntas).	A mayor puntuación mejores actitudes y motivaciones de los pacientes ante la diabetes



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA



Cédula de recolección de datos

Parte 1.

Peso _____ kg Talla _____ cm IMC _____
Circunferencia de cintura _____ cm
Presión arterial sistólica _____ mm/Hg
Presión arterial diastólica _____ mm/Hg
Glucosa _____ mg/dl

Parte 2.

Instrucciones. Conteste lo que se le solicita o marque con una X la respuesta que mejor refleje su situación de salud.

a) Datos sociodemográficos

Edad _____ años Género Hombre _____ Mujer _____
Escolaridad _____ número de años cursados
Trabajo Profesional _____, Obrero _____, Hogar _____, Comercio _____, Campo _____,
Otro _____, Jubilado/pensionado _____, desempleado _____,
estudiante _____
Medicamentos _____ utilizados _____ para _____ su
diabetes _____

¿Se mide su glucosa (azúcar) en su casa) Sí _____, No _____

b) Datos sobre la enfermedad

¿Qué enfermedad padece? 1. Diabetes _____, 2. Hipertensión _____, 3. Obesidad _____, 4. Dislipidemias _____, 5. Síndrome metabólico _____
¿Cuánto tiempo tiene de saber de su diabetes? 1. Reciente diagnóstico _____, 2. Menos de un año _____, 3. De 1 a 5 años _____, 4. De 5 a 10 años _____, 5. 10 años o más _____

c) Datos de redes de apoyo

¿Con quién vive? 1. Pareja _____, 2. Hermanos (as) _____, 3. Hijos (as) _____, 4. Padre o madre _____, 5. Nadie _____
¿Quién le ayuda en relación a su diabetes? 1. Algún familiar _____, 2. Amistades _____, 3. Religiosos _____, 4. Nadie _____
¿La persona que lo ayuda estaría dispuesta a conocer más sobre su padecimiento?
1. Sí _____ 2. No _____
Si contestó que sí, ¿acudiría a reuniones de capacitación? Sí _____, No _____
Si contestó que no, ¿Por qué? 1. Trabaja _____, 2. Vive en otro lugar _____

¿Participa en algún grupo de apoyo a su diabetes?

1. Grupo de Apoyo Mutuo ____ 2. Grupo religioso ____ , 3. Grupo político ____ 4. Grupo de adulto mayor ____ , 5. No ____

d) Datos sobre alimentación

¿Cuenta con un plan alimenticio?

1. Sí ____ 2. No ____

Si contestó que sí, ¿quién lo elaboró? 1. Médico ____ 2. Nutriólogo ____ ,

3. Enfermera ____ 4. Yo mismo o amigos ____

Si cuenta con un plan alimenticio,

1. marque solamente una situación favorable que ha tenido por su plan alimenticio

1. Bajé de peso ____ , 2. Me siento relajado ____ , 3. Mejoraron mis hábitos ____ , 4. Control de enfermedad ____ , 5. Apoyo familiar ____

2. marque solamente una situación desfavorable que ha tenido por su plan alimenticio

1. No hay nutriólogo ____ , 2. No como a mis horas ____ , 3. Es costoso ____ , 4. Es fastidioso ____ , 5. Comer lo que comen todos ____ , 6. No logro bajar de peso ____ , 7. No logro modificar hábitos ____

e) Psicología

¿Ha recibido apoyo o tratamiento psicológico?

1. Sí ____ 2. No ____

¿Cómo ha manejado sus emociones en relación con su diabetes?

1. Me resisto a mi enfermedad o tratamiento (negación)
2. Me siento enojado (a) cuando me piden que cambie alguna conducta
3. Puedo hablar de mis emociones y negociar mi tratamiento
4. Me siento triste, estresado (a) todo el tiempo
5. Acepto mi enfermedad y estoy dispuesto a seguir mi tratamiento

f) Actividad física

¿Realiza algún tipo de actividad física?

1. No ____

2. Sí ____ ¿Qué tipo de actividad física? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Cuánto tiempo? _____

g) Salud bucal

Hábitos de salud bucal

1. Cepillado dental ____ 2. Hilo dental ____ 3. Otro ____

(Anotar la frecuencia de las tres opciones anteriores: 0) Ninguna, 1) Una vez al día, 2) Dos veces al día, 3) Tres veces al día, 4) Más de tres veces)

¿Tiene alguna molestia o síntoma en su boca o dientes?

1. Sí _____ 2. No _____

Parte 3. DAS 3-sp (pacientes)

Instrucciones. A continuación, le presentamos algunas frases y opiniones sobre la diabetes. Marque la casilla correspondiente de cada afirmación. Es importante que responda a todas las afirmaciones.

Generalmente yo creo que...	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.-...los profesionales de la salud que atienden a las personas con diabetes deberían estar entrenadas (preparadas) para comunicarse.					
2.-...la gente que no necesita insulina para tratar su diabetes tiene una enfermedad menos grave (bastante suave).					
3.-...no tiene mucho sentido pretender un buen control del nivel de azúcar en sangre porque de todas formas aparecerán complicaciones de la diabetes.					
4.-...la diabetes afecta a casi todos los aspectos de la vida de un diabético					
5.-..... las decisiones importantes del cuidado diario de la diabetes deberían tomarse por la persona que la padece.					
6.-...los profesionales de la salud debieran ser enseñados (entrenados) sobre como el cuidado diario de la diabetes afecta a las vidas de los pacientes.					
7.-...la gente mayor con diabetes tipo 2* no suele tener complicaciones.					
8.-...mantener el nivel de azúcar próximo al nivel normal puede prevenir las					

complicaciones de la diabetes.					
9.-... los profesionales de la salud deberían ayudar a sus pacientes a tomar decisiones razonadas sobre sus planes de salud.					
10.-...es importante (generalmente) que las enfermeras y dietistas que enseñan a los diabéticos aprendan técnicas de educación (comunicación) terapéutica.					
11.-.... las personas cuya diabetes es tratada sólo con dieta no deben preocuparse por padecer muchas complicaciones a largo plazo.					
12.-....prácticamente casi todos los diabéticos debieran de hacer lo que fuera para mantener su nivel de azúcar próximo (cercano) a la normalidad.					
13.-.... las repercusiones emocionales de la diabetes son bastante leves (no tienen importancia...)					
14.-... las personas con diabetes deberían tener la última decisión (palabra) sobre sus objetivos de glucosa en sangre.					
15.-.... no es necesario el auto-análisis para las personas que tienen diabetes del tipo 2.					
16.-....los problemas derivados de reacciones debidas a niveles bajos de azúcar en sangre (hipoglucemia) hacen que un control estricto sea demasiado arriesgado para la mayoría de los pacientes.					
17.-...los profesionales de la salud deberían aprender a fijar objetivos en colaboración con sus pacientes, no solo decirles lo que deben de hacer.					
18.-... la diabetes es "dura" porque nunca puedes despreocuparte de ella.					

19.-....la persona diabética es el elemento más importante del equipo de cuidado de esta enfermedad.					
20.-..... para hacer un buen trabajo los educadores en diabetes deberían aprender bastante sobre lo que significa ser un profesor. Para ser eficaces, los educadores en diabetes Han de tener un elevado grado de conocimientos sobre el proceso de la enseñanza y el aprendizaje.					
21.-...la diabetes tipo 2 es una enfermedad muy seria (grave).					
22.-....el hecho de tener diabetes cambia la perspectiva de vida de la persona.					
23.-las personas con diabetes tipo 2 probablemente no obtendrán mucho beneficio de un estricto control de sus niveles de azúcar en sangre					
24.-.....las personas diabéticas deberían estar bien informadas sobre su enfermedad para poder ocuparse por sí mismas, de su propio control.					
25.-... la diabetes tipo 2 es tan grave como la diabetes tipo 1.					
26.-...un control excesivo (estricto) de la diabetes es demasiado trabajo.					
27.-.... lo que el paciente hace tiene más impacto sobre el resultado del cuidado de la diabetes que cualquier cosa que haga un profesional de la salud.					
28.-....un control estricto de azúcar en sangre sólo tiene sentido para los que tienen diabetes del tipo 1.					
29.-.... para los diabéticos es frustrante ocuparse de su Enfermedad.					

30.-... las personas con diabetes tienen el derecho a decidir la rigurosidad con que han de esforzarse para controlar su nivel de azúcar en sangre.					
31.-.... las personas que toman pastillas para su diabetes deben de preocuparse por su nivel de azúcar en sangre tanto como aquellas que utilizan insulina.					
32.-...las personas con diabetes tienen el derecho a no cuidarse de su enfermedad.					
33.-.....el apoyo de la familia y de los amigos es importante en el tratamiento de la diabetes mellitus.					