



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

**IMPACTO DE LAS CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LAS ACTITUDES DEL
PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD DE PATIVILCA-
LIMA 2016**

Tesis preparada para optar el título de Médico Cirujano

Bach. Carlos Daniel Fernandez Vargas

Tutor: Dr. Luis Araujo Cachay

Lima-Perú

2018

HOJA DE APROBACION

Carlos Daniel Fernandez Vargas

**IMPACTO DE LAS CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LAS ACTITUDES DEL
PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD DE PATIVILCA-
LIMA 2016**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del
título de Médico Cirujano por la Universidad Alas Peruanas

M.C.Esp Israel Virgilio Moreno Chunga

Secretario

Dra. Sandra Patricia Dulanto Martinez

Miembro

Dr. Juan Gualberto Trelles Yenque

Presidente

Lima-Perú

2018

Se dedica este trabajo a:

A mis abuelitos, Augusto y Sara,
Lorenzo y Margarita, por los lemas que
llevaré en mi corazón: “Paciencia y
buen humor” y “Calla, observa y
escucha”.

A mis padres, Diana y Carlos por los
consejos sabios en las decisiones de mi
vida y por enseñarme cada día que el
pasado es una lección, el presente es
un regalo y el futuro lo escribimos
nosotros.

A Fima, mi segunda madre, por la
fuerza de voluntad y la resiliencia que
me enseñó.

A mi hermano, Jeff, por el amor filial
que me otorga y por los debates
culturales que tenemos al viajar.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a:

Mis tíos, Elvia y Jorge, por el amor y la diversión; tía Anita, por el deseo de superación; mis tíos Gonzalo, Biligrodis y Miguel, por sus experiencias.

Al Dr. Luis Araujo C., por ser un maestro en la facultad de Medicina Humana y por las lecciones de vida que me impartió.

Al Dr. Javier García S., por su entusiasmo inagotable y su buen humor.

Al Dr. Ari Sánchez S., por darme las pautas necesarias para edificar esta obra.

Al Dr. David Neyra Rivera, el cual me enseñó el rumbo para empezar a construir los cimientos del presente trabajo.

Además, agradezco a todos los maestros, los cuales me enseñaron durante la carrera de medicina, en especial al Dr. Pedro Acosta, por las palabras paternas en momentos decisivos de nuestra carrera.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el impacto de las charlas educativas sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en las actitudes del personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio no experimental correlacional, cuantitativo, prospectivo, longitudinal, realizada al personal del Centro de Salud de Pativilca, constituida por 59 trabajadores (Enfermería, Psicología, Nutrición, Trabajador social, Tecnología médica, Médico general, Obstetricia, Odontólogo y Técnica de Enfermería), a quienes se le aplicó el DAS-3sp (Diabetes Attitude Scale, Tercera versión), herramienta que consta de 5 subescalas para evaluar las actitudes con respecto a la Diabetes Mellitus tipo 2, tanto en una etapa previa a la charla educativa, después se realizaron dos charlas educativas. Por último, hubo una evaluación post charla. Se aplicó el programa Excel para el procesamiento de la información, también se usó técnicas estadísticas como Correlación y Coeficiente de Spearman y prueba de T de Student. **RESULTADOS:** El género femenino representó un 81% y el masculino un 19%; la edad promedio es 39.5 años; el 40% es Técnica de Enfermería, 22% son Enfermeras, 15% son Obstetricas, 12% son Médicos Generales y 11% son Psicólogo, Nutricionista, Trabajador Social y Odontólogo; la muestra no dispone de grado de especialización y un 37% está trabajando 4 años en el MINSA; un 98% trabaja en Consultorio Externo y 2% en Emergencia; en función al contacto con pacientes diabéticos, un 36% marcó Casi Nunca y Nunca, 2% Muy frecuentemente y Frecuentemente y 42% A veces. De acuerdo a las actitudes del personal de salud, la Necesidad de Entrenamiento, la puntuación en la fase basal fue de 4,3 y de 4,9 en la post charla; en la Valoración del Impacto Psicosocial de la

DM-2, hubo un aumento de 3,5 a 4,2; en la Autonomía del paciente aumentó de 3,6 a 3,9; en la Percepción de la gravedad de la DM-2 tuvo un cambio de 3,8 a 4,7; en la Valoración del control estricto incrementó de 4,2 a 4,8. Teniendo en cuenta la correlación de Spearman, en las dos fases se obtuvo un puntaje de 0,9, existiendo una correlación muy alta entre las variables, y según el T de Student, da como resultado que el impacto de las charlas educativas tiene significancia estadística, porque en las dos fases se obtuvo un valor de 7,07, mayor que 1,67, valor referencial de la Tabla de T de Student. **CONCLUSIONES:** La prioridad en la Fase Basal fue: Necesidad de Entrenamiento, Valoración del impacto psicosocial, Autonomía del paciente, Preocupación del control estricto y Percepción de la gravedad; en la Post charla, la importancia fue la siguiente: Necesidad de entrenamiento, Valoración del Impacto psicosocial, Autonomía del paciente, Percepción de la gravedad y Valoración del Control estricto. Percibiéndose en la Post charla, que hubo un aumento de prioridad de la Percepción de la Gravedad, en relación de la Fase Basal. Por último, se pudo apreciar un mayor cambio en el Impacto Psicosocial de la DM-2 y Necesidad de entrenamiento.

PALABRAS CLAVES: Charlas educativas; Diabetes Mellitus tipo 2; Actitudes; Basal; Post charla.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the impact of educational talks on Diabetes Mellitus type 2 in the attitudes of the staff of the Health Center in Lima-Pativilca 2016.

MATERIALS AND METHODS: Non-experimental, correlational, quantitative, prospective, longitudinal study performed on the personnel of the Pativilca Health Center, constituted by 59 workers (Nursing, Psychology, Nutrition, Social Worker, Medical Technology, Medical General, Obstetrics, Dentist and Nursing Technique), to whom the DAS-3sp (Diabetes Attitude Scale, Third version) was applied, a tool that consists of 5 subscales to evaluate the attitudes regarding the Diabetes Mellitus type 2, both in a stage prior to the educational talk, after two educational talks were held. Finally, there was a post-chat evaluation. The Excel program was applied for information processing, statistical techniques such as Spearman's Correlation and Coefficient and Student's T test were also used. **RESULTS:** The female gender represented 81% and the male 19%; the average age is 39.5 years; 40% are Nursing Technicians, 22% are Nurses, 15% are Obstetricians, 12% are Medical General and 11% are Psychologists, Nutritionists, Social Workers and Dentists; the sample does not have a degree of specialization and 37% are working for 4 years in the MINSA; 98% work in the outpatient clinic and 2% in the emergency room; depending on the contact with diabetic patients, 36% marked Almost Never and Never, 2% Very frequently and Frequently and 42% Sometimes. According to the attitudes of the health personnel, the Need for Training, the score in the basal phase was 4.3 and 4.9 in the post talk; in the Psychosocial Impact Assessment of DM-2, there was an increase from 3.5 to 4.2; in the Patient's

Autonomy it increased from 3.6 to 3.9; in Perception of the severity of DM-2 it had a change from 3.8 to 4.7; in the Strict Control Valuation increased from 4.2 to 4.8. Taking into account the Spearman correlation, in the two phases a score of 0.9 was obtained, there is a very high correlation between the variables, and according to the Student's T, it results that the impact of the educational talks has statistical significance, because in the two phases a value of 7.07 was obtained, greater than 1.67, reference value of the Student's T-Table. **CONCLUSIONS:** The priority in the Basal Phase was: Need for Training, Assessment of the Psychosocial Impact, Autonomy of the patient, Concern for strict control and Perception of severity; In the Post talk, the importance was the following: Need for training, Assessment of Psychosocial Impact, Autonomy of the patient, Perception of severity and Assessment of Strict Control. Perceiving in the Post talk, there was an increase in the priority of Perception of Gravity, in relation to the Basal Phase. Finally, a greater change in the Psychosocial Impact of DM-2 and Necessity of training could be appreciated.

KEY WORDS: Educational talks; Diabetes Mellitus type 2; Attitudes; Basal; Post talk.

INDICE

Introducción	13
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1. Descripción de la realidad problemática	16
1.2. Formulación del Problema	18
1.3. Objetivos de la investigación	18
1.4. Justificación de la investigación	19
1.5. Limitaciones del estudio	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antecedentes de la investigación	21
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Definición de términos básicos	38
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	40
3.1. Formulación de hipótesis principal y secundaria	40
3.2. Variables, dimensión e indicadores y definición conceptual y operacional	41
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	48
4.1. Diseño metodológico	48
4.2. Diseño muestral, matriz de consistencia	48

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
4.4. Técnicas del procesamiento de la información	50
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	50
4.6. Aspectos éticos contemplados	50
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	51
5.1 Análisis	51
5.2 Discusión	68
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
6.1 Conclusiones	75
6.2 Recomendaciones	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	84

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: Promedio de Actitud en Necesidad de entrenamiento	58
TABLA 2: Promedio de Actitud en Percepción de Gravedad	60
TABLA 3: Promedio de Actitud en Valoración del Control Estricto	62
TABLA 4: Promedio de Actitud en Valoración del Impacto Psicosocial	64
TABLA5: Promedio de Actitud en Autonomía del Paciente	66

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribución por sexo del personal de salud	51
GRÁFICO 2: Grupos etarios en el personal de salud	52
GRÁFICO 3: Distribución de cargos en el personal de salud	53
GRÁFICO 4: Tiempo de servicio en años del personal	54
GRÁFICO 5: Áreas donde labora el personal	55
GRÁFICO 6: Contacto con pacientes diabéticos	56
GRÁFICO 7-8: Actitud en Necesidad de Entrenamiento	58
GRÁFICO 9-10: Actitud en Percepción de la Gravedad	60
GRÁFICO 11-12: Actitud en Valoración del Control Estricto	62
GRÁFICO 13-14: Actitud en Valoración del Impacto Psicosocial	64
GRÁFICO 15-16: Actitud en Autonomía del Paciente	66

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es un grupo de alteraciones metabólicas frecuentes, caracterizadas por la hiperglucemia, entre las principales están la DM tipo 1, degenera las células beta pancreática de causa autoinmunitaria y disminuye la producción de insulina; el tipo 2, es más frecuente que la anterior, existe resistencia a la insulina y secreción anormal.

La presente investigación se enfoca en la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2), enfermedad sistémica y crónica, que en las últimas tres décadas ha estado aumentando su incidencia y prevalencia, se ha convertido en una enfermedad que no discrimina edad, género, raza, nivel socioeconómico ni cultura; por este motivo, actualmente se le denomina epidemia.

La DM-2 está asociada a factores de riesgos modificables y no modificables, como la malnutrición (sobrepeso y obesidad); el sedentarismo, estilo de vida no saludable; los antecedentes familiares (genética); hipertrigliceridemia en adultos mayores, diabetes gestacional, los niños de madres desnutridas, los niños de bajo peso al nacer, enfermedades endocrinológicas; entre otras causas. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2006, recomendó que “la atención y la educación se encuentran entre los aspectos más importantes en la lucha contra la diabetes. Y la mejora en el control de esta enfermedad está vinculada a mejoras en la calidad de vida y en la supervivencia”¹.

En la DM-2, la mayoría de las muertes se registra en pacientes de ingresos bajos y medios, en la población cuyo rango de edad fluctúa entre 35 a 64 años, con

mayor prevalencia a los 45 años, cuyas principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía coronaria), incluso conlleva a otras complicaciones como nefropatía, retinopatía, neuropatía, angiopatía, etc. Por ese motivo, el Plan Mundial contra la Diabetes 2011-2021 (Federación Internacional de Diabetes-FID), desde 1986 se ha implementado programas nacionales de diabetes en muchos países, con la colaboración de la OMS, la FID, así como múltiples agencias gubernamentales y no gubernamentales². Todo esto se llevó a cabo de una manera estructurada, organizada y con el fin de minimizar gastos a los países involucrados, se abarcó a toda la población, sobre todo a los niños, ancianos, madres y personas pobres, siempre coordinando con profesionales capacitados tanto nacionales como internacionales.

En el Perú, la mitad de la población adulta y la cuarta parte de la población infantil padece de sobrepeso/obesidad; un millón de personas tiene DM2; y más de 2 millones de pre diabéticos seguirán aumentando. Además, en el estudio SEARCH, se demuestra que la población infantil menor de 10 años padece de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM-1); mientras que, en mayores de 10 a 19 años existe una mayor incidencia de DM2, asociada a resistencia a insulina y acantosis nigricans³.

Para cambiar estos índices negativos en el contexto de la salud nacional, el objetivo principal del trabajo consiste en determinar el impacto de las charlas educativas de Diabetes Mellitus tipo 2 en el personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca, ubicado al noroeste en el departamento de Lima, donde se ha visto un incremento en la incidencia y prevalencia de personas diabéticas, en especial con DM-2. Por ese motivo, se hace énfasis, en evaluar las actitudes del

personal de salud, que es la disposición y el querer obtener un fin determinado, por medio de un instrumento llamado DAS-3sp (Diabetes Attitude Scale, tercera versión). Se identificarán cinco aspectos principales: 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.

De lo mencionado anteriormente, se plantea elaborar charlas educativas para informar al personal de salud sobre los malos hábitos alimenticios, estilos de vida inadecuados, autocontrol ineficiente de su glucosa, las complicaciones propias de la enfermedad y la prevención-promoción de esta. Para ello, se realizará primero una evaluación basal, y se evaluará la situación post charla, para poder contrastar los datos pre y post charlas, enfatizando el impacto de las charlas educativas en el personal de salud es una pieza fundamental para conseguir de manera eficaz e integral un cambio de actitud sobre las metas trazadas en el tratamiento de la DM-2.

Es necesario constatar que el proceso de educación en diabetes no puede quedar circunscrito a las actividades educativas dirigidas al paciente, sino que, en primera instancia, debe abordar la capacitación del proveedor de salud para su eficaz desempeño en estas actividades⁴. Haciendo énfasis que el proceso educativo debe ser continuo e integral⁵.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica sistémica y crónica, caracterizada por la hiperglicemia y la resistencia a la insulina. Existen dos principales causas, la Diabetes Mellitus tipo 1 (de causa autoinmune, representa el 5% del total) y la más frecuente, la diabetes mellitus tipo 2 (resistencia a la insulina, con un 95%). La Diabetes Mellitus tipo 2 ha ido aumentando tanto en incidencia como prevalencia, en todos los grupos etarios en los últimos 10 años, sobre todo en relación con múltiples factores como la malnutrición, estilos de vida, actividad física, antecedentes personales y familiares, acarreando un alto coste de vida, incapacidad y la relación marcada de dependencia de los pacientes con sus familiares. La gran mayoría de pacientes diabéticos fallece por problemas cardiovasculares, siendo la primera causa de muerte.

Según el Organismo Mundial de la Salud, la Diabetes Mellitus afecta a más de 347 millones de personas a nivel mundial; en las Américas a 62,8 millones de personas (según la Organismo Panamericano de la Salud), en América Latina se calcula que el número de personas con diabetes podría subir de 25 a 40 millones para el año 2030, de esta manera se convierte en una epidemia, porque no solo afecta a personas adultas jóvenes y adultos mayores, sino también a niños (según el estudio SEARCH³).

Se proyecta que la diabetes se convierta para el año 2030 en la séptima causa de muerte a nivel mundial. En el 2012 la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones

de muertes. El 80% de muertes se registran en pacientes de ingresos bajos y medios, en los países desarrollados los diabéticos han superado la edad de jubilación, mientras que en los países en desarrollo el rango de edad más afectado es de 35 a 64 años².

El Estado peruano, tiene la mitad de la población adulta y la cuarta parte de la población infantil con sobrepeso/obesidad, un millón de personas tiene DM-2 y más de 2 millones tienen pre diabetes que irá en aumentando durante el tiempo, ya que esta epidemia es incontrolable³.

Por estos motivos anteriormente mencionados, se debe actuar de manera directa con el personal de salud de atención primaria, porque ellos están en contacto activo con los pacientes y sus familiares, y de ellos depende el informarlos, brindarles herramientas, poder llegar a un diagnóstico a tiempo, evitar complicaciones y darle consejería, recordando que esta enfermedad es crónica, y tiene una alta carga social, económica y política, y la mejor manera de poder combatirla a tiempo, es prevenir y promocionar políticas de educación a través de charlas educativas, porque su impacto es sostenible si se realiza constantemente durante el tiempo, informándolos y corrigiendo ideas erróneas, para así captar a mayor público que hasta ese momento no ha sido diagnosticado o infradiagnosticado, de esta forma se evita un gasto innecesario y se disminuye una carga social de largo tiempo al sistema de salud.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el impacto de las charlas educativas sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en las actitudes del personal del Centro de Salud de Pativilca - Lima 2016?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el impacto de las charlas educativas sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en las actitudes del personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las actitudes en relación a la DM-2 en el personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016 previo a las charlas educativas.
- Determinar las actitudes en relación a la DM-2 en el personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016 posterior a las charlas educativas.
- Identificar y comparar las actitudes en función de la DM-2 alcanzado por el personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016, previo y posterior a la realización de las charlas educativas.

1.4. Justificación de la investigación

La Diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad no transmisible, cuya causa es la resistencia a la insulina y secreción anormal de la insulina, además es la más frecuente en comparación de la Diabetes Mellitus tipo 1 y la Diabetes gestacional. Ha sido considerado una epidemia de acuerdo a la OMS, porque afecta de manera global sin distinción de sexo, raza, género u otra índole. Esta enfermedad es de etiología compleja y múltiple, esto es debido a diversos factores de riesgo, tanto modificables como no modificables, sobre todo la malnutrición (sobrepeso y obesidad), el sedentarismo, estilo de vida no saludable, antecedentes familiares (genética), hipertrigliceridemia y adultos mayores. Por consiguiente, la OMS recomendó que la atención y la educación se encuentren entre los aspectos más importantes en la lucha contra la diabetes.

Otro aspecto importante de la DM-2 son las complicaciones, principalmente las cardiovasculares (coronariopatías), la ceguera (retinopatía), las nefropatías y neuropatías, por eso la FID desde 1986 ha implementado programas nacionales de diabetes en muchos países, con el objetivo de minimizar gastos, enfocándose en los niños, ancianos, madres y pobres.

En función de nuestra realidad, en el Perú, existe un 7% de personas que están diagnosticadas de diabetes, sobre todo en la región costa, sin tomar en cuenta a las personas que siendo diabéticas hasta el momento son infradiagnosticadas. Una información alarmante es el aumento de la prevalencia en niños y jóvenes (10 a 19 años).

En conclusión, para cambiar estos números estadísticos en la realidad nacional, se debe hacer énfasis en la evaluación de las actitudes y capacitación continua del personal de salud, porque ellos son una pieza fundamental para conseguir de manera eficaz e integral las metas trazadas en el tratamiento oportuno de la DM-2.

1.5. Limitaciones del estudio

- En el siguiente caso: que el Director de la Red Barranca Cajatambo, no otorgue la autorización para realizar la presente investigación, en ese caso se le solicitaría una cita para exponerle los objetivos y la justificación del estudio, y por último entregarle una copia de la investigación.
- En el siguiente caso: que el Jefe de la Microred Pativilca, no conceda el permiso para llevar a cabo la presente investigación, en esta situación se coordinará con el Director de la Red Barranca Cajatambo para que envíe una carta al Jefe de la Microred Pativilca, mencionándole la autorización realizada por el Director, el beneficio y la importancia del trabajo en el Centro de Salud de Pativilca.
- La poca disponibilidad de tiempo e interés del personal de salud.
- La poca disponibilidad de tiempo e interés del expositor.
- Encuestas desarrolladas de manera inadecuada.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Los antecedentes internacionales y nacionales recopilados en el trabajo, datan desde 2008 hasta el 2015, a continuación se podrá apreciar investigaciones que provienen de México, Colombia, Ecuador, Chile, Perú.

2.1.1. Internacionales

Ramírez⁶ en el año 2012, en la tesis titulada “Efectividad de una intervención educativa en los médicos tratantes de enfermos diabéticos tipo 2 de un servicio de salud” publicada en Santiago - Chile, se concluyó que una intervención educativa en los médicos que atienden pacientes diabéticos en atención primaria de salud, puede influir en el cambio de conducta de los médicos y podría determinar un impacto positivo a largo plazo, porque esto reduciría el porcentaje de descompensación de los pacientes diabéticos y además podría reducir la tasa de complicaciones y daños propios de la evolución de la DM-2.

Inga y Rocillo⁷ en el año 2011, en la tesis titulada “Programa educativo para la prevención de la diabetes en pacientes prediabéticos del IESS de Riobamba 2009” publicada en Riobamba - Ecuador, indicaron que el programa educativo incrementó los conocimientos y también se evidenció que los participantes del taller se integraron a la práctica de actividad física diaria. Además se recomendó que se realicen eventos de capacitación que

ayuden al aumento positivo de resultados logrados e incentivar a la práctica de hábitos saludables.

Larrea⁸ en el año 2008, en la tesis publicada “Influencia de la educación en diabetes, para el mejoramiento del costo-utilidad de los pacientes diabéticos afectados: Análisis en los centros de atención ambulatoria Chimbacalle y Suroccidental del IESS en el período marzo 2006- diciembre 2007”, publicada en Quito – Ecuador, demostró que un modelo sistematizado sobre la educación en enfermedades crónicas degenerativas puede lograr mejorar la calidad de vida y un buen nivel de costo utilidad, dando un beneficio tanto en la cobertura y acceso de salud universal, además enfatiza el rol de la promoción de la salud en el fomento de estilos de vida saludables, sobre todo a nivel de los profesionales, cuya estrategia primordial es la educación.

2.1.2. Nacionales

Ayala⁹ en el año 2015, en su tesis titulada “Actitudes hacia la diabetes del personal de salud médico tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana – Perú” publicada en Lima-Perú, realizada en Enero del mismo año; encontró que la mayor parte de los pacientes diabéticos participantes en esta evaluación son mujeres, porque tienen mayor interés y asisten más a los centros de salud, a comparación del sexo masculino, quienes se preocupan por el manejo independiente, la edad promedio de los pacientes es de 64 años, las complicaciones microvasculares son más

frecuentes que las macrovasculares, la principal comorbilidad es la hipertensión arterial (36,5%) y como dato curioso, no reportan comorbilidades como obesidad ni dislipidemia, el tratamiento predominante son los hipoglicemiantes orales, además según el Diabetes Attitude Scale (DAS-3sp), el factor de mayor puntaje es la valoración del impacto psicosocial, económico y la autonomía del paciente. En cambio, el personal de salud (personal médico, enfermería y nutricionista) tiene una edad promedio de 42 años y requieren un enfoque educativo, actitudinal y más personalizado con respecto a los pacientes adultos mayores, cabe recalcar que de acuerdo al DAS-3sp, su principal preocupación es la necesidad de entrenamiento especial sobre todo en los trabajadores que laboran en el área de emergencia y no tanto en el área administrativa, seguido de percepción de gravedad y valoración del control estricto de la enfermedad. Finalmente se hace hincapié en el efecto positivo del autocontrol de la enfermedad.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Impacto de intervenciones educativas (charlas)

Ramírez⁶ observó que en el proceso de capacitación se pueden distinguir 4 etapas: detección de necesidades, diseño del programa de capacitación, implementación y evaluación. Para este último punto, existe un Modelo de Evaluación ampliamente utilizado, que distingue al menos cuatro niveles susceptibles de ser medidos. El primero es la reacción por parte del educando: qué piensa y siente respecto a la intervención de la cual está

siendo objeto. El segundo nivel involucra el conocimiento adquirido: el cambio en las competencias y habilidades del estudiante. El tercer nivel da cuenta de la conducta alcanzada: la existencia de cambio en el proceder. El último nivel evalúa los resultados que se esperan obtener en el desarrollo de la actividad.

Suárez *et al.*⁴ mencionan que la intervención educativa, por su parte, se enriquece cuando es precedida de un diagnóstico que le permita no sólo establecer el estudio comparativo sino que les dará los elementos que guíen la estrategia, métodos y acciones de la etapa de intervención.

Pino¹⁰ enfatiza la necesidad de una mayor atención en la educación para la salud, el desarrollo y monitorización de sus técnicas, de una mayor participación de los médicos generales y de otros profesionales y de un mejor entrenamiento en la práctica de los maestros. La experiencia demuestra que se obtiene resultados exitosos cuando la comunidad interviene en todas las fases de los proyectos de saneamiento. Además el número de charlas dictadas puede influir ya que, hay autores que aseguran la importancia de mantener la continuidad a través del tiempo en este tipo de intervenciones educativas para lograr un buen resultado, y la ayuda directa de la familia para motivar y reforzar el aprendizaje.

Hernández¹¹ menciona en su estudio que gracias a la intervención educativa sobre detección precoz de cáncer de mamas, se permitió conocer que las características clínicas del cáncer de mamas y su precoz detección

permite un tratamiento rápido y un mayor nivel de sobrevivencia, donde se logró que se elevara el conocimiento y se motivara un cambio de conducta en la población femenina.

Ramírez⁶ señala que una intervención educativa en los médicos que atienden pacientes diabéticos en atención primaria de salud, puede influir en el cambio de conducta de ellos, tal como queda reflejado en el aumento de los porcentajes de pacientes diabéticos usuarios de insulina. Este cambio de conducta podría determinar un impacto sanitario a largo plazo, a través de la mejoría del porcentaje de compensación de los pacientes diabéticos y la consecuente reducción de los daños asociados a la evolución de la diabetes tipo 2.

Arria¹² menciona que una evaluación inmediata posterior a la instrucción de conocimientos, resultan en una apropiada adquisición de conocimientos, no existentes previamente, sobre elementos necesarios para prevenir la transmisión de la malaria en una zona endémica para la enfermedad. Hay una importancia que tiene la educación de la comunidad, desde edades tempranas, para prevenir la enfermedad.

Sánchez *et al.*¹³ menciona que las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) resaltan la educación oportuna del enfermo y su familia mediante un programa estandarizado. La OMS considera que la educación sanitaria es la parte fundamental en el tratamiento de la diabetes y la única eficaz para el control de la enfermedad y la prevención de sus

complicaciones. Como concepto educativo el autocuidado ha cobrado auge en los últimos años a raíz de la prioridad asignada a la Atención Primaria como estrategia de elección para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, y por la declaración de la Carta de Ottawa.

Bustos *et al.*¹⁴ en su investigación menciona que las dos estrategias educativas utilizadas, hicieron que los alumnos presentaran un aumento de conocimiento en forma general, sin embargo, la estrategia de reforzamiento de preguntas (brindar conocimiento y evaluación posterior) durante la práctica de juego de tenis presentó mejoría en todos los aspectos, superando incluso a los cambios que presentaron los de periodismo. Además, se indica que la base de la prevención en diabetes debe ser la educación otorgada no sólo al paciente, sino también a las familias de ellos y en forma general a la población. El niño y el adolescente generalmente presentan una educación en salud solamente como parte agregada de su formación, no como un pilar para su vida futura.

Suárez Pérez *et al.*⁴ indican que educar al paciente implica desarrollar en él conocimientos, destrezas, motivaciones y sentimientos que le permitan afrontar las exigencias terapéuticas de la diabetes con autonomía y responsabilidad, pero sin menoscabo del bienestar general y este trabajo recae en un alto grado en el proveedor de salud de la atención primaria, el cual atiende al 90% de diabéticos no insulino dependientes que existen en nuestra población. Por ese motivo, se pudo asumir de acuerdo con la investigación, que la intervención de capacitación a los proveedores de

salud tuvo un efecto positivo que influyó directamente en el grado de conocimientos que los pacientes tenían sobre la enfermedad y también en sus niveles de hemoglobina glicosilada.

2.2.2. Cuestionario DAS-3sp (Escala de Actitud de Diabetes)

Anderson *et al.*¹⁵ desarrollaron la Diabetes Attitude Scale-3 (DAS-3sp) en 1998. Esta última versión es congruente con los conocimientos científicos actuales acerca de la diabetes, ha mejorado las puntuaciones de fiabilidad interna de la subescala, y es más corta que las versiones anteriores de este instrumento. El DAS-3sp es una medida general válida y fiable de las actitudes relacionadas con la diabetes y es más adecuado para las comparaciones entre los diferentes grupos de profesionales de la salud como también en los pacientes. El DAS-3sp también es adecuado para la evaluación del paciente y para los programas de educación profesional si los programas se centran en las áreas de temas específicos medidos por las cinco subescalas.

Hernández Anguera JM, *et al.*¹¹. El DAS-3sp es un cuestionario de 33 preguntas. El DAS-3 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).

S5) Autonomía del paciente (8 preguntas).

Para cada pregunta, la puntuación máxima es 5 y la mínima 1, según el sujeto responda: “Totalmente de acuerdo” (5 puntos), “De acuerdo” (4 puntos), “Indiferente” (3 puntos), “En desacuerdo” (2 puntos) o “Totalmente en desacuerdo” (1 punto). De igual forma, en cada subescala del DAS-3sp la puntuación máxima es 5 y la mínima 1, según resulte de aplicar la ecuación de corrección correspondiente ¹⁵(ANEXO 2).

2.2.3. Generalidades sobre las actitudes

Rodríguez¹⁶, afirma que una actitud es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotadas de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.

Allport¹⁷, define a la actitud como un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una fuerza, una influencia directriz y/o dinámica de la conducta.

El estudio multicéntrico DAWN2¹⁸ (Diabetes Attitudes, wishes and Needs – 2), realizado con cerca de 16100 participantes en 17 países, puede ser una ventana de observación que permita conocer las necesidades y percepciones de cada uno de los principales actores implicados en el

cuidado de los pacientes con diabetes, que conduzcan a tomar acciones concretas para la modificación de un paradigma dominante de atención médica hacia un modelo de atención centrada en la persona y con esto mejorar los procesos del cuidado de la salud, de lo micro a lo macro, y la calidad de vida del paciente con diabetes y de sus familiares o cuidadores.

2.2.4. Historia de la Diabetes Mellitus:

De acuerdo con el Centro Mexicano Diabetes-Vida¹⁹, en su apartado Antecedentes Históricos de la Diabetes, hace referencia que la diabetes se encuentra en el papiro de Ebers, encontrado en 1862 en Tebas (actualmente, la ciudad Luxor). En el papiro se describen síntomas que recuerdan a la diabetes y algunos remedios a base de ciertos tipos de té. También la literatura antigua describe la orina pegajosa, con sabor a miel y que atrae fuertemente a las hormigas. Súsruta, el padre de la medicina hindú, describió la Diabetes Mellitus y llegó, incluso, a diferenciar una diabetes que se daba en los jóvenes, que conducía a la muerte y otras que se daba en personas de cierta edad. Demetrio de Apamea refinó el diagnóstico de la Diabetes Mellitus y Apolonio de Memfis acuñó el término de diabetes para definir un estado de debilidad, intensa sed y poliuria.

Chiquete *et al.*²⁰ describe que en noviembre de 1920, Frederick Banting se entrevistó con J.J.R. Mcleod para solicitarle su apoyo con el fin de iniciar investigaciones para encontrar el principio antidiabético del páncreas. Mcleod decide apoyar a Banting y le asigna a un estudiante de cuarto año

de medicina, Charles H. Best, para ayudarlo. Dado que se presentaron dificultades técnicas, J.B. Collip se une al grupo y desarrolla mejoras en el proceso de aislamiento de la insulina. En enero 11 de 1922 Leonard Thompson, diabético de 14 años de edad, se convierte en el primer paciente en recibir el extracto pancreático. Los resultados son publicados en febrero y marzo de 1922 en diferentes revistas científicas y en mayo se hace oficial su descubrimiento. En 1923 se le otorga el premio Nobel a Banting y Mcleod por tales trabajos, y posteriormente deciden compartir la mitad del premio con Best y Collip respectivamente.

2.2.5. Diabetes Mellitus

Plan Mundial contra la Diabetes 2011-2021 (Federación Internacional de Diabetes)². La diabetes mellitus es una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT), prioritarias identificadas por la OMS, junto con la enfermedad cardiovascular (ECV, que incluye el infarto de miocardio y el derrame cerebral), el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica.

Jojoa²¹ señala que las enfermedades crónicas no transmisibles, son de larga y lenta evolución, representan una verdadera epidemia ya que van en aumento debido al envejecimiento de la población y los estilos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación. Siendo responsables de más del 60% de las muertes, 80% de las cuales ocurren en países de bajos y medianos recursos.

2.2.6. Diabetes mellitus tipo 1

La National Council of La Raza (NCLR) and Institute for Hispanic Health (IHH)²² en abril del 2015, describió a la Diabetes Mellitus tipo 1 (DM-1), como la enfermedad más común entre los niños y los jóvenes. Aparece cuando el páncreas no puede producir insulina y requiere tratamiento con inyecciones de insulina desde el principio de la enfermedad.

2.2.7. Diabetes Mellitus Gestacional

La National Council of La Raza (NCLR) and Institute for Hispanic Health (IHH)²² en abril del 2015, detalló que la Diabetes Gestacional se diagnostica cuando las mujeres embarazadas tienen altos niveles de glucosa en la sangre debido a que sus cuerpos son incapaces de utilizar adecuadamente la insulina. La diabetes gestacional puede desaparecer al final del embarazo. Cabe agregar que las mujeres con sobrepeso u obesas, como también las que tienen antecedentes familiares de diabetes tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional.

2.2.8. Diabetes Mellitus tipo 2

Longo *et al.*²³. Menciona a la diabetes tipo 2 como un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por grados variables de resistencia a la insulina, menor secreción de dicha hormona y una mayor producción de glucosa.

Jojoa²¹ en su trabajo de investigación menciona que en Colombia las enfermedades crónicas y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida ocupan el primer puesto entre las principales causas de morbimortalidad, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes. Mencionando sobre todo que dentro de este grupo de enfermedades se encuentra la diabetes.

Arias-González *et al.*²⁴. La DM-2 se diagnostica en la mayoría de los casos después de los 30 años de edad, coexistiendo con la presencia de obesidad que a su vez es el factor de riesgo más alto para desarrollar DM-2, además de los antecedentes familiares y una vida sedentaria.

Jojoa²¹, describe que según el reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2015, para enero de 2011 se determinó que el predominio de diabetes en adultos aumentó de manera notable tanto en países desarrollados y en vías de desarrollo, incluso la Federación Internacional de Diabetes (FID) estima que el número de pacientes diabéticos en el mundo se encuentra entre 194 a 246 millones y aumentará hasta 333 y 380 millones de diabéticos en 2025.

2.2.9. Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2:

En la DM-2 las complicaciones son a nivel cardiovascular, cerebrovascular, genitourinario (nefropatía y disfunción sexual), oftalmológico (retinopatía) y musculo esquelético (amputaciones), sobre todo tiene una alta prevalencia las complicaciones cardiovasculares (coronariopatías) que es la principal

causa de morbimortalidad. En el cuadro 1, se describe las complicaciones de la DM-2, de acuerdo a publicaciones que datan del 2004 al 2015.

CUADRO 1

AUTOR	AÑO	COMPLICACIONES
Cabrera <i>et al.</i> ²⁵	2009	Según la Organización Mundial de Salud, todos los años mueren en el mundo 3,2 millones de personas por complicaciones directamente relacionadas con la diabetes, como la retinopatía, neuropatía y la nefropatía diabética. En América Latina, la situación es grave, existen 13,3 millones de enfermos y según se proyecta habrá 33 millones en el año 2030.
National Council of La Raza (NCLR) and Institute for Hispanic Health (IHH) ²²	2015	Los niveles altos de glucosa en el torrente sanguíneo pueden causar daño a los vasos sanguíneos pequeños que se encuentran en todo el cuerpo, tal como en los ojos y riñones. También pueden dañar el sistema nervioso y el corazón. Esto puede provocar el aumento de riesgo de que se produzcan acontecimientos tan graves como un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular. De hecho, la enfermedad cardíaca y los accidentes cerebrovasculares son las principales causas de muerte prematura en personas que tienen

		diabetes sin controlar. La diabetes no controlada también puede causar daño a los nervios de los brazos, las piernas, los pies y las manos, lo que provoca dolor, pérdida de la sensibilidad y problemas aún más graves.
Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo 2 ²⁶ .	2010	El 20 a 30% de las personas con diabetes tipo 2 tiene daño renal al momento del diagnóstico. En todo paciente con Diabetes tipo 2 al diagnóstico, se debe hacer una búsqueda intencionada de nefropatía a través de presencia de proteinuria como marcador de daño renal y la determinación de la función renal.
Ramírez ⁶	2012	Está asociada a múltiples complicaciones, tanto agudas (por ejemplo: hiperglicemias y mayor tasa de infecciones), como crónicas, entre las que se encuentran la macroangiopatía, principalmente cardiopatía coronarias, y la microangiopatía a nivel renal, retinal y neurológico. Estas complicaciones impactan fuertemente en la calidad y la expectativa de vida de las personas diabéticas.
Pellicer <i>et al.</i> ²⁷	2014	Las complicaciones maternas son más probables en los casos de diabetes pre-gestacional que en los de diabetes gestacional. Las más importantes en el curso

		<p>de la gestación son la retinopatía diabética, para la cual se recomienda un control oftalmológico mediante fondo de ojo por cada trimestre, y la nefropatía diabética, para cuya detección es necesaria realizar una proteinuria de 24 horas trimestral y creatinina sérica, siendo criterio de remisión al nefrólogo una proteinuria mayor de 2g/día y una creatinina sérica mayor de 120umol/l.</p>
Kane ²⁸	2004	<p>Los ancianos tienen mayor incidencia de coma hiperosmolar no cetósico (Hyperosmolar non-ketotic, HNK). Los signos y síntomas característicos permiten al médico diferenciar este síndrome del coma diabético cetoacidótico (diabetic ketoacidotic, DKA). Mientras que es frecuente que el DKA aparezca en el transcurso de horas, el HNK suele desarrollarse durante días a semanas. La falta de líquidos es mayor en el HNK, lo que deriva en una concentración de sodio sérico más elevada y un incremento más notorio en el nitrógeno ureico sanguíneo. Por tanto, en el tratamiento del coma HNK debe considerarse el volumen y estado hiperosmolar del paciente.</p>

2.2.10. DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PERÚ:

Seclén²⁹ señala que la prevalencia nacional estimada de diabetes fue de 7% y dentro de ella, existe un 8,4% en Lima Metropolitana. No se detectaron diferencias entre ambos sexos. La prevalencia de diabetes de diagnóstico conocido y reciente se estimó en 4,2% y 2,8% respectivamente. Un modelo de superficie de respuesta de regresión logística mostró una tendencia compleja para un aumento de la prevalencia de la diabetes en personas de mediana edad y en aquellos sin educación formal. La prevalencia de diabetes fue mayor en la costa (8,2%) que en las zonas de altura (4,5%) y la selva (3,5%). La prevalencia nacional estimada del IFG (alteración de la glucosa en ayunas) fue de 22,4%, mayor en varones que en mujeres (28,3% vs 19,1%).

Seclén³ sostiene que los datos epidemiológicos son contundentes, la encuesta ENDES 2013 realizada en cerca de 7000 hogares a nivel nacional en mayores de 18 años, ha encontrado una prevalencia de sobrepeso de 33,8% y obesidad de 18,3%. Lo más alarmante de todos estos datos es la afectación de la población infantil; la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO 2009-2010) en niños de 5 a 9 años, ha encontrado una prevalencia de 15,5% de sobrepeso y 8,9% de obesidad. Si bien es cierto no se han realizado estudios epidemiológicos de prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en población infantil en nuestro medio, el solo hecho de tener la cuarta parte de la población infantil en sobrepeso y obesidad, explica la aparición de casos de diabetes tipo 2 en niños y adolescentes,

más si se asocia con acantosis nigricans, un componente clínico adicional de insulino-resistencia. La descripción de las características epidemiológicas de los niños peruanos con Diabetes mellitus tipo 2, en el trabajo de Manrique-Hurtado y col, están en concordancia con la literatura, sobre todo con el estudio SEARCH, que demuestra en la población infantil menor de 10 años, existe un predominio de la DM-1, mientras que en mayores de 10 a 19 años hay una mayor incidencia de DM-2.

2.2.11. CONOCIMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Noda *et al.*³⁰ menciona que la diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica, asociada al desarrollo de complicaciones irreversibles, invalidantes y aún mortales con notable afectación de la calidad de vida si el tratamiento es inadecuado y una condición básica para que lo sea, es que el paciente se adhiera al mismo, lo que solo puede conseguirse si el paciente interioriza lo que significa ser portador de la enfermedad, las potenciales complicaciones a las que está expuesto y entiende la racionalidad y riesgos del tratamiento. Para lograrlo todo esto se necesita que el paciente tenga conocimientos adecuados sobre la enfermedad.

2.3. Definición de términos básicos:

- **Impacto**

Es la variación en la calidad ambiental e implica un juicio de valor, cualitativo y subjetivo, por supuesto, de la importancia de un efecto³¹.

- **Actitudes**

Tiene un carácter dinámico y orientador de la conducta, por ello se espera que la gente sea congruente con sus actitudes a la hora de actuar. La actitud es una estructura cognoscitiva- emocional que canaliza la significación de los objetos y orienta el comportamiento hacia los objetos³².

- **Charla**

Disertación oral ante un público, sin solemnidad ni excesivas preocupaciones formales³³.

- **Diabetes Mellitus tipo 2**

Es la forma más común y con frecuencia se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral. Muy raramente ocurre cetoacidosis de manera espontánea. El defecto va desde una resistencia predominante a la insulina, acompañada con una deficiencia relativa de la hormona, hasta un progresivo defecto en su secreción³⁴.

- **Autonomía**

La autonomía es una construcción colectiva y dinámica que incluye no solo a los docentes y demás actores de las escuelas, sino también necesita de la participación de la comunidad y del Estado para garantizar que no se

presente una distribución regresiva de la educación y las escuelas sigan siendo inequitativas³⁵.

- **Paciente**

Paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud, sometiéndose a un examen médico, a un tratamiento o a una intervención³⁶.

- **Evaluación**

Es el proceso para determinar en qué medida los objetivos educativos han sido realizados. Además se pueden establecer tres momentos donde la evaluación cobra especial importancia: evaluación inicial, es decir, conocimiento del estado inicial de la situación, evaluación intermedia o del proceso de la intervención y evaluación final o de los efectos³⁷.

- **Centro de Salud**

Es un servicio de asistencia médica general, tiene una cobertura de 10,000 a 20,000 habitantes. Generalmente está ubicado en cabeceras municipales, departamentales o en poblados importantes con dinámica de desarrollo acelerado. Tiene bajo su jurisdicción la responsabilidad de supervisar, dirigir y controlar uno, dos o más puestos de salud adscritos a su jurisdicción (distrito de salud)³⁸.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

- Existe un alto grado de impacto de las charlas educativas sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en las actitudes del personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016.

3.1.2. Hipótesis específica

- Existe una deficiencia de actitudes sobre Diabetes Mellitus tipo 2 previo a las charlas educativas del personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016.
- Existe un incremento positivo en las actitudes sobre Diabetes Mellitus tipo 2 posterior a las charlas educativas del personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016.

3.1.3. Hipótesis Nula (H₀)

- No existe impacto de las charlas educativas sobre DM-2 en las actitudes del personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016.
- No existe un impacto significativo de las charlas educativas sobre DM-2 en las actitudes del personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016.

3.1.4. Hipótesis Alternativa (Ha)

- Existe impacto de las charlas educativas sobre DM-2 en las actitudes del personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016.
- Existe un impacto significativo de las charlas educativas sobre DM-2 en las actitudes del personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016.

3.1.4. Hipótesis Alternativa (Ha)

- Existe impacto de las charlas educativas sobre DM-2 en las actitudes del personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016.
- Existe un impacto significativo de las charlas educativas sobre DM-2 en las actitudes del personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016.

3.2. Variables, dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional

3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Impacto de las charlas educativas de diabetes mellitus tipo 2

3.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

- Actitudes en función de Diabetes Mellitus tipo 2 del personal del Centro de Salud de Pativilca – Lima 2016

3.2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
VARIABLE 1: Impacto de las Charlas educativas de Diabetes Mellitus tipo 2	Actividad educativa grupal que puede ser ofrecida dentro o fuera del centro asistencial sobre un tema específico con o sin demostración, cuyo objetivo es la información, sensibilización y motivación de las personas respecto al auto cuidado de la salud en su contexto familiar, comunitario y ambiental, de acuerdo a los eje temáticos de la Cartera de Servicios de	Fase de Preparación	Necesidad de entrenamiento especial	1.-...los profesionales de la salud que atienden a las personas con diabetes debería estar entrenadas (preparadas) para comunicarse.
				6.-...los profesionales de la salud deberían ser enseñados (entrenados) sobre como el cuidado diario de la diabetes afecta a la vida de los pacientes.
				10.-...es importante (generalmente) que las enfermeras y dietistas que enseñan a los diabéticos aprendan técnicas de educación (comunicación) terapéutica.
				17.-...los profesionales de la salud deberían aprender a fijar los objetivos en colaboración con sus pacientes, no solo decirles lo que deben hacer.
				20.-...para hacer un buen trabajo los educadores en diabetes

	Atención Primaria. ³¹			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.
			Percepción de la gravedad de la Diabetes Mellitus	<p>2.-...la gente que no necesita insulina para tratar su diabetes tiene una enfermedad menos grave (bastante suave).</p> <p>7.-...la gente mayor con diabetes tipo 2 no suele tener complicaciones.</p> <p>11.-...las personas cuya diabetes es tratada sólo con dieta no deben preocuparse por padecer muchas complicaciones a largo plazo.</p> <p>15.-...no es necesario el auto-análisis para las personas que tienen diabetes del tipo 2.</p> <p>21.-...la diabetes tipo 2 es una enfermedad muy seria (grave).</p> <p>25.-...la diabetes tipo 2 es tan grave como la diabetes tipo 1.</p>

				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.
			Valoración del control estricto	3.-...no tiene mucho sentido pretender un buen control del nivel de azúcar en sangre porque de todas formas aparecerán complicaciones de la diabetes.
				8.-...mantener el nivel de azúcar próximo al nivel normal puede prevenir las complicaciones de la diabetes.
				12.-...prácticamente casi todos los diabéticos debieran de hacer lo que fuera para mantener su nivel de azúcar próximo (cercano) a la normalidad.
				16.-...los problemas derivados de reacciones debidas a nivel bajos de azúcar en sangre (hipoglucemia) hacen que un control estricto sea demasiado

<p>VARIABLE 2:</p> <p>Actitudes en función de Diabetes Mellitus tipo 2 del personal del</p>	<p>La actitud es una estructura cognoscitiva-emocional que canaliza la significación de los objetos y orienta el comportamiento hacia los objetos³²</p>	<p>- Cuidados de la Diabetes Mellitus tipo 2</p> <p>- Control Glucémico</p> <p>- Educación diabetológica</p>	<p>Valoración del impacto psicosocial de la Diabetes Mellitus</p>	<p>arriesgado para la mayoría de los pacientes.</p>
				<p>23.-...las personas con diabetes tipo 2 probablemente no obtendrán mucho beneficio de un estricto control de sus niveles de azúcar en sangre.</p>
				<p>26.-...un control excesivo (estricto) de la diabetes es demasiado trabajo.</p>
				<p>28.-...un control estricto de azúcar en sangre sólo tiene sentido para los que tienen diabetes del tipo 1.</p>
	<p>La DM-2 es un déficit progresivo de secreción de insulina sobre la base de una</p>	<p>4.-...la diabetes afecta a casi todos los aspectos de la vida de un diabético.</p> <p>13.-...las repercusiones emocionales de la diabetes son bastantes leves (no tienen importancia)</p> <p>18.-...la diabetes es "dura" porque nunca puedes despreocuparte de ella.</p> <p>22.-...el hecho de tener diabetes cambia la perspectiva de vida de</p>		
	<p>4.-...la diabetes afecta a casi todos los aspectos de la vida de un diabético.</p>			
	<p>13.-...las repercusiones emocionales de la diabetes son bastantes leves (no tienen importancia)</p>			
	<p>18.-...la diabetes es "dura" porque nunca puedes despreocuparte de ella.</p>			
	<p>22.-...el hecho de tener diabetes cambia la perspectiva de vida de</p>			
	<p>23.-...las personas con diabetes tipo 2 probablemente no obtendrán mucho beneficio de un estricto control de sus niveles de azúcar en sangre.</p>			

Centro de Salud de Pativilca-Lima 2016	insulinorresistencia ³² .	<p>para el autocontrol</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación y atención psicosocial - Hipoglucemia (glucemia <70 mg/dl) 		la persona.
				29.-...para los diabéticos es frustrante ocuparse de su enfermedad.
				33.-...el apoyo de la familia y de los amigos es importante en el tratamiento de la Diabetes Mellitus.
			Autonomía del paciente	5.-...las decisiones importantes del cuidado diario de la diabetes deberían tomarse por la persona que la padece.
				9.-...los profesionales de la salud deberían ayudar a sus pacientes a tomar decisiones razonadas sobre sus planes de salud.
				14.-...las personas con diabetes deberían tener la última decisión (palabra) sobre sus objetivos de glucosa en sangre.
				19.-...la persona diabética es el elemento más importante del equipo de cuidado de esta enfermedad.
				24.-...las personas diabéticas deberían estar bien informadas

				sobre su enfermedad para poder ocuparse por sí mismas, de su propio control.
				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.
				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.
				32.-...las personas con diabetes tienen el derecho a no cuidarse de su enfermedad.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

Es un estudio no experimental correlacional, cuantitativo, prospectivo, longitudinal, realizado a través de una encuesta llamada DAS-3sp (Diabetes Attitude Scale – tercera versión).

4.2. Población, diseño muestral, matriz de consistencia (ANEXO 7)

4.2.1. Población

Se registró a los 59 trabajadores del Centro de Salud del distrito de Pativilca y sus anexos (Médicos Generales, enfermeras, obstetricias, nutricionistas, técnicos de enfermería, asistente social, odontólogos, psicólogo).

4.2.2. Muestra

Se encuestará a los 59 trabajadores del personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca (Médicos Generales, enfermeras, obstetricias, nutricionistas técnicas de enfermería, asistente social, odontólogos y psicólogo).

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.3.1. Técnicas

Se aplicó el cuestionario (DAS- 3sp) (ANEXO 1) para determinar el estado basal de la muestra, posterior se realizó dos charlas (la primera en Setiembre 2016 y la siguiente en Noviembre del mismo año), disponiendo del apoyo de un Endocrinólogo, el cual impartía las charlas educativas sobre DM-2 en el auditorio del Centro de Salud de Pativilca que contaba con un proyector para poder visualizar las imágenes, previa autorización de las autoridades respectivas (ANEXO 4), y por último, se aplicó el mismo cuestionario para determinar el impacto de las charlas educativas sobre DM-2 en las actitudes del personal de salud. Esto se realizó de acuerdo a un cronograma (ANEXO 5) establecido y coordinado con el expositor, el endocrinólogo, el Dr. Ari Sánchez S. y el Centro de Salud de Pativilca.

4.3.2. Instrumentos

Encuesta DAS 3-sp (Diabetes Attitude Scale, Tercera Versión), elaborado en 1998 por Anderson y colaboradores. Es una herramienta adecuada e ideal para comparar las actitudes relacionadas con la diabetes entre los diferentes grupos de profesionales de la salud y los pacientes. Este cuestionario se centra en cinco subescalas: 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. La puntuación máxima es 5 y la mínima es 1, de acuerdo a lo que responde el sujeto en estudio.

4.4. Técnicas del procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información se aplicó el programa Excel (Microsoft Office), con el objetivo de analizar los datos, organizarlos en tablas y gráficos, almacenar información, poder visualizar y codificar los datos estadísticos necesarios.

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

- Correlación y coeficiente de Spearman.
- T de Student.

4.6. Aspectos éticos contemplados

Durante el estudio se aplicó el Código de Nuremberg, la cual cuenta con las siguientes características: Consentimiento voluntario, evitar todo sufrimiento físico y mental innecesario, beneficio de la sociedad, riesgo versus beneficio, resultados previos justificaran la realización de la investigación, no realizar ningún experimento cuando exista una razón a priori que lleva a creer el que pueda sobrevenir muerte o daño que lleve a una incapacitación, personas científicamente calificadas, libertad de interrupción y estar preparado para terminar en cualquier fase.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

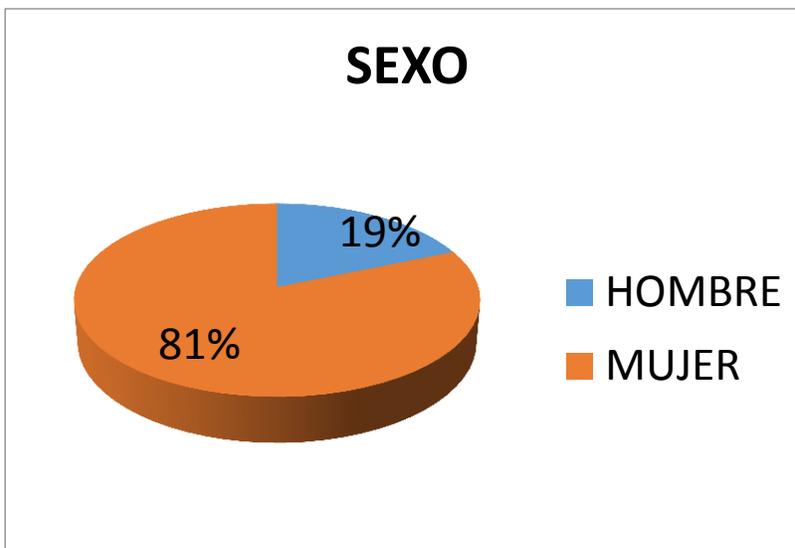
5.1 ANÁLISIS:

Los resultados obtenidos de la encuesta DAS 3-sp (Diabetes Attitude Scale, Tercera versión) (ANEXO 6) aplicada al personal del Centro de Salud de Pativilca, dieron lo siguiente:

Resultados de los Datos Personales (Edad, Profesión, Postgrado Académico Alcanzado, Tiempo de Servicio en el MINSA, Área donde labora, En su labor diaria Ud. Atiende pacientes diabéticos), son los siguientes:

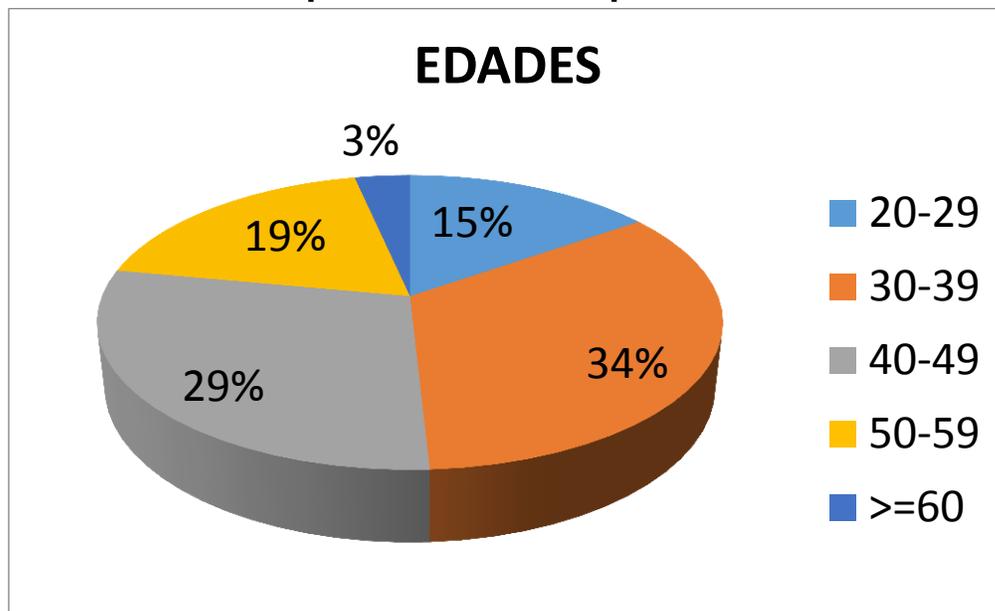
- El sexo femenino predominó en la investigación con un 81% en comparación del sexo masculino con 19% (**GRAFICO 1**).

GRÁFICO 1: Distribución por sexo del personal de salud



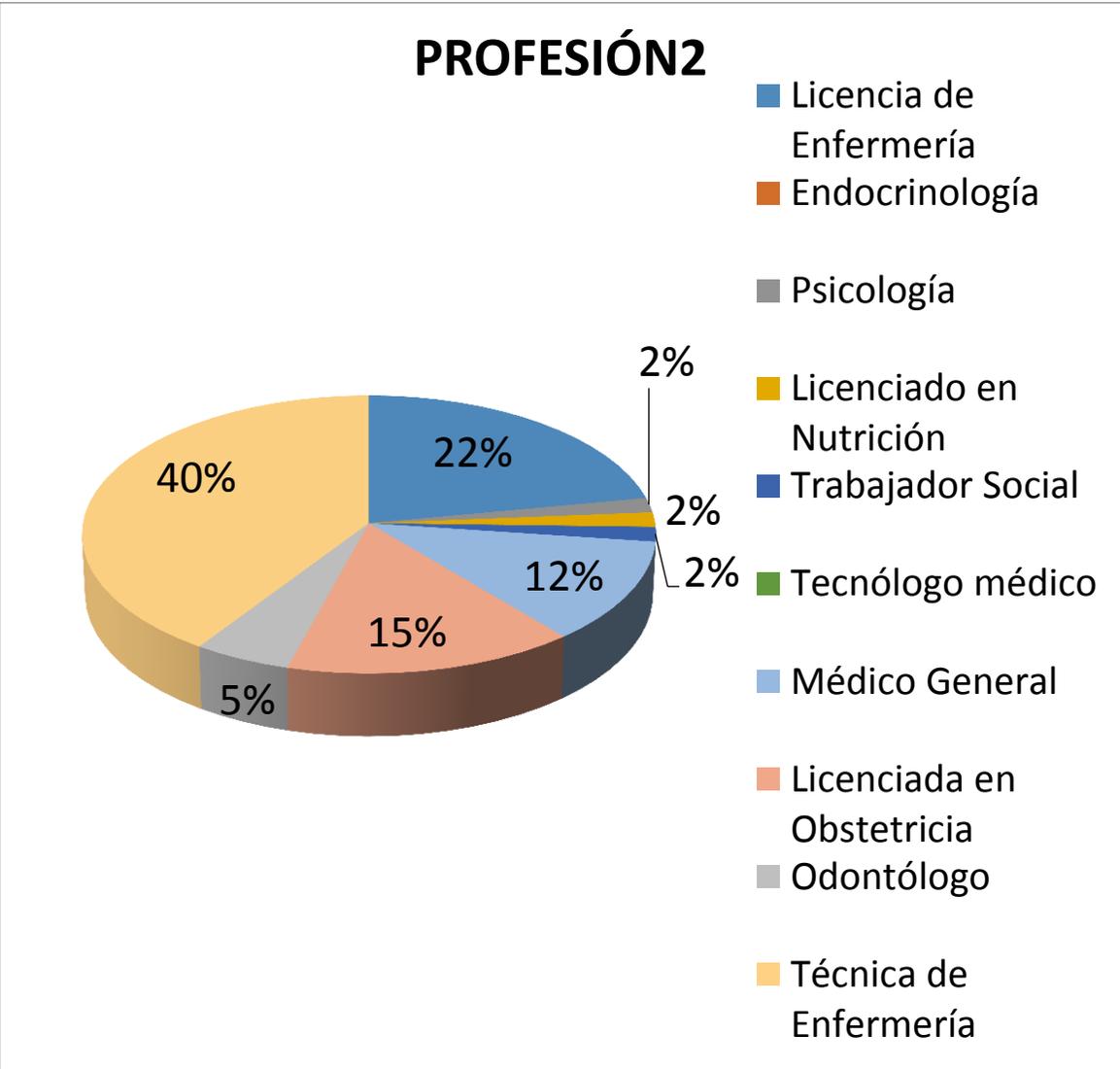
- Las edades de la muestra está en el rango de 20 años y mayor igual a 60 años, donde más del 63% tiene entre 30 y 49 años, es decir tienen un promedio de 39,5 años; y un 3% tiene mayor igual a 60 años (**GRÁFICO 2**).

GRÁFICO 2: Grupos etarios en el personal de salud



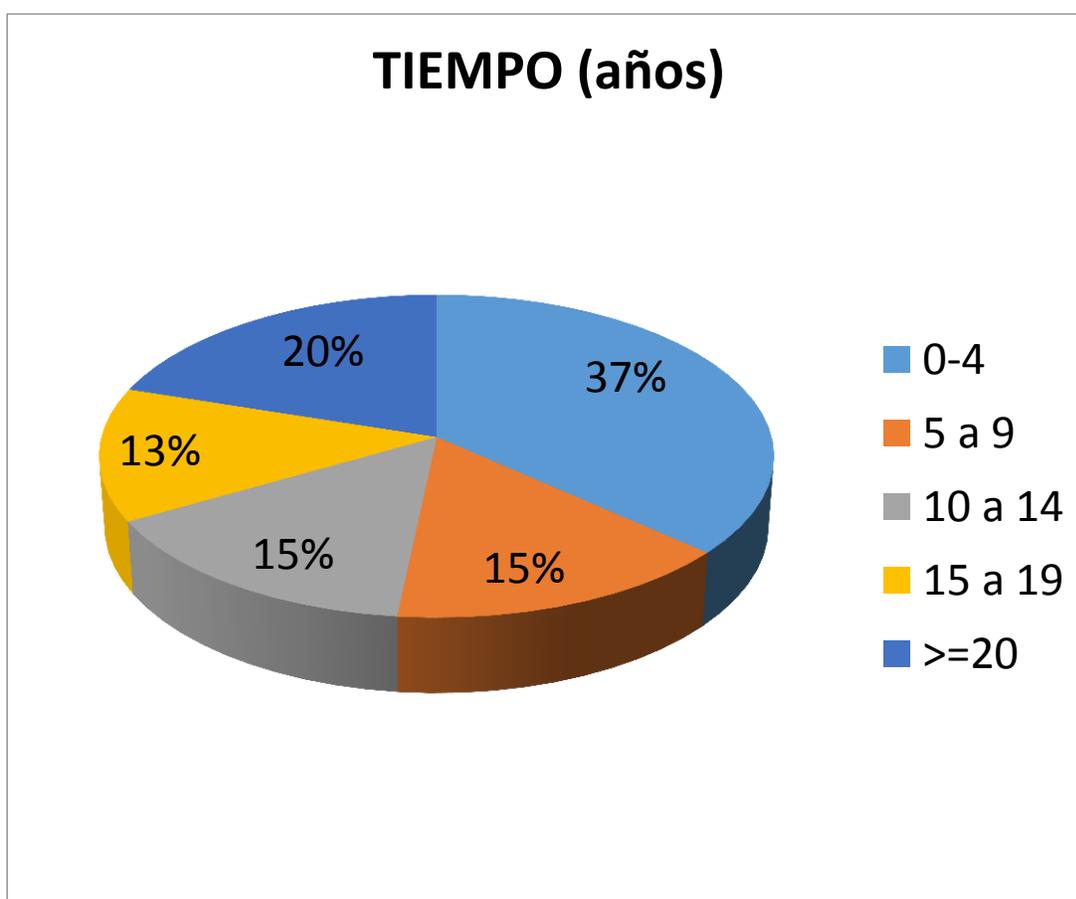
- De acuerdo a la distribución de cargos en el personal de salud, un 40% pertenece a Técnicos de Enfermería, un 22% son Licenciadas de Enfermería, un 15% son Licenciada en Obstetricia, un 12% son Médico General y un 11% son entre Psicólogos, Licenciado en Nutrición, Trabajador Social y Odontólogo (**GRÁFICO 3**).

GRÁFICO 3: Distribución de cargos en el personal de salud



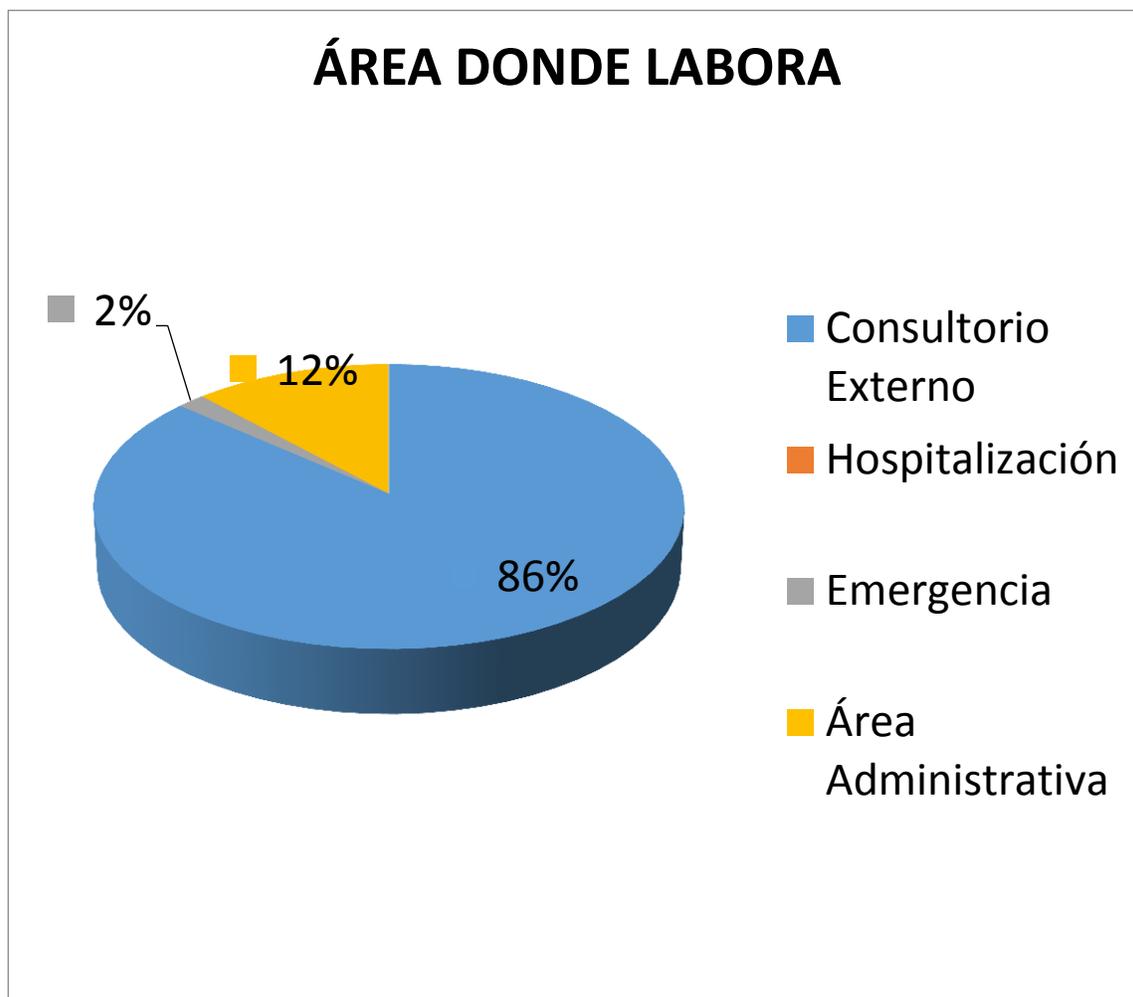
- La muestra de investigación no cuenta con grado de Magister, Doctorado o Especialización.
- En relación al tiempo de servicio en el MINSA, el personal del Centro de Salud de Pativilca cuenta con un 37% que trabaja entre 0 a 4 años, un 30% con 5 a 14 años, un 20% tiene mayor igual a 20 años y un 13% con 15 a 19 años (**GRÁFICO 4**).

GRÁFICO 4: Tiempo de servicio en años del personal



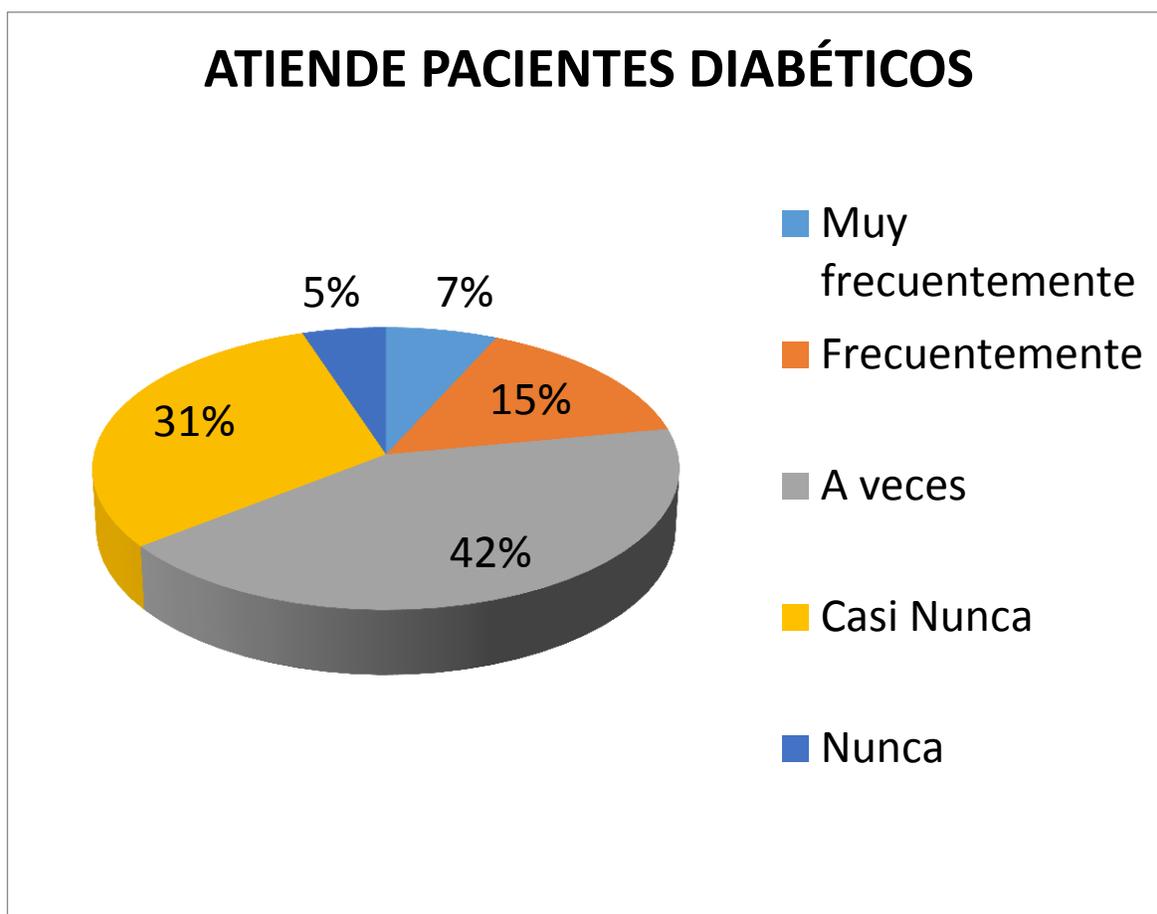
- La mayoría de la muestra (86%) labora en el área de Consultorio Externo, un 12% en Área Administrativa y un 2% en Emergencia (**GRÁFICO 5**).

GRÁFICO 5: Áreas donde labora el personal



- En cuanto a la frecuencia de la labor diaria con pacientes diabéticos, no existe mucho contacto con pacientes diabéticos, porque un 42% marcó el ítem A veces, un 36% señaló Casi Nunca y Nunca y por último un 22% señaló Muy frecuentemente y Frecuentemente (**GRÁFICO 6**).

GRÁFICO 6



Los resultados de las 33 preguntas realizadas en el Pretest (Basal) y Posttest (PostCharla), en relación a algunas frases y opiniones sobre la diabetes, divididas en 5 subescalas o indicadores (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), donde se usa la Escala de Likert (5 y 4= De acuerdo, 3= Indiferente, 2 y 1= Desacuerdo), fueron los siguientes:

Las 5 dimensiones de la encuesta DAS-3sp, se han ordenado de acuerdo a la importancia dada por el personal de salud, el primero fue la **Necesidad de Entrenamiento**, conformado por las preguntas (1, 6, 10, 17 y 20), se concluyó en la Fase Basal, lo siguiente: la gran mayoría de la muestra (95%) se muestra a favor del indicador y un 4% está en contra; y en la Fase Postcharla, se obtuvo: el total de la muestra (100%) se muestra a favor del indicador (**GRÁFICO 7 y GRÁFICO 8**).

En relación a la pregunta 1, en la Fase Basal, existe un promedio de 4.6 y en la Fase Postcharla, un promedio de 5.

Según la pregunta 6, en la Fase Basal, existe un promedio de 4.4 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.9.

Según la pregunta 10, en la Fase Basal, existe un promedio de 4.4 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.8.

De acuerdo a la pregunta 17, en la Fase Basal, existe un promedio de 4.3 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.8.

De acuerdo a la pregunta 20, en la Fase Basal, existe un promedio de 4.1 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.8. En conclusión, el promedio en ambas fases es de 4.4 vs 4.9 (TABLA 1). Encontrándose una diferencia estadísticamente significativa porque el T de Student de la fase tanto basal como postcharla, resulta 1,73 y es mayor que 1,67 (valor de acuerdo a la tabla de t de Student) (ANEXO 4).

GRÁFICO 7

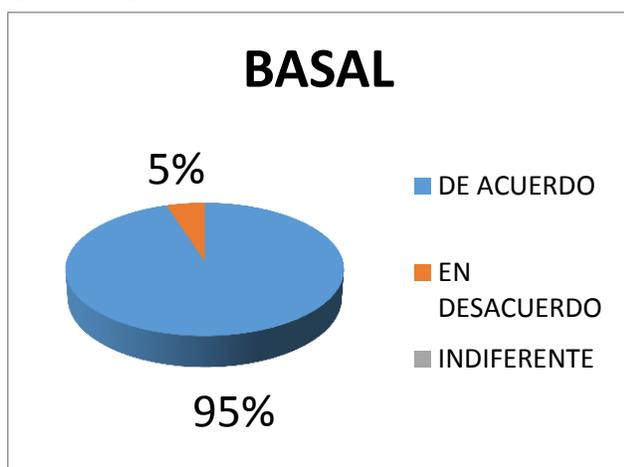


GRÁFICO 8



TABLA 1

PREGUNTA	BASAL	POSTCHARLA
1	4,6	5,0
6	4,4	4,9
10	4,4	4,8
17	4,3	4,8
20	4,1	4,8
PROMEDIO	4,4	4,9

Según el **indicador Percepción de la Gravedad de la Diabetes Mellitus**, conformado por las preguntas (2, 7, 11, 15, 21, 25, 31), se concluyó en la Fase Basal, lo siguiente: la mitad de la muestra (50%) se mostró En Desacuerdo, un 45,7% De acuerdo y un 4,3% está Indiferente; y en la Fase Postcharla, un 57,1% se inclinó En Desacuerdo y un 42,9% De Acuerdo.

En relación a la pregunta 2, en la Fase Basal, existe un promedio de 2.7 y en la Fase Postcharla, un promedio de 1.3.

Según la pregunta 7, en la Fase Basal, existe un promedio de 2 y en la Fase Postcharla, un promedio de 1.3.

Según la pregunta 11, en la Fase Basal, existe un promedio de 2.4 y en la Fase Postcharla, un promedio de 1.4.

De acuerdo a la pregunta 15, en la Fase Basal, existe un promedio de 2.1 y en la Fase Postcharla, un promedio de 1.2.

De acuerdo a la pregunta 21, en la Fase Basal, existe un promedio de 3.8 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.7.

Según la pregunta 25, en la Fase Basal, existe un promedio de 3.5 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.6.

De acuerdo a la pregunta 31, en la Fase Basal, existe un promedio de 4.2 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.8. En conclusión el promedio en ambas fases es de 3.0 vs 2.8 (**TABLA 2**). Encontrándose una diferencia estadísticamente significativa porque el T de Student del basal y postcharla, resulta 2.29, mayor

de 1,67 (valor de acuerdo a la tabla de t de Student) (ANEXO 4).

GRÁFICO 9

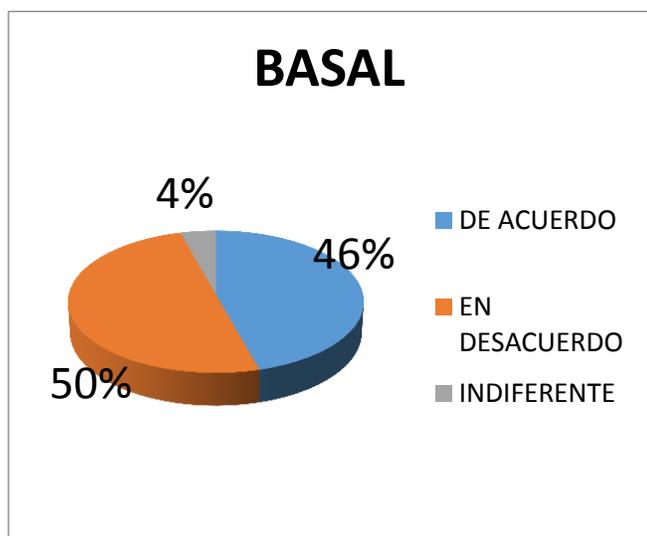


GRÁFICO 10

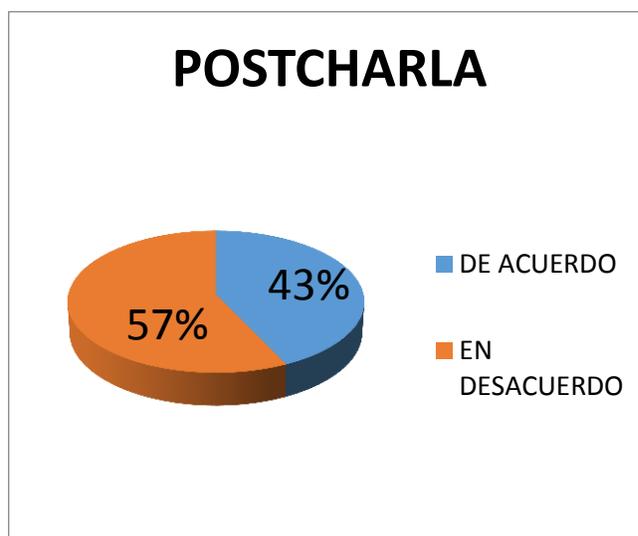


TABLA 2

PREGUNTA	BASAL	POSTCHARLA
2	2,7	1,3
7	2,0	1,3
11	2,4	1,4
15	2,1	1,2
21	3,8	4,7
25	3,5	4,6
31	4,2	4,8
PROMEDIO	3	2,8

En el **indicador Valoración del control estricto**, conformado por las preguntas o ítems (3, 8, 12, 16, 23, 26, 28), se concluyó en la Fase Basal, lo siguiente: un 46,2% se mostró De acuerdo, un 48% En Desacuerdo y un 5,8% Indiferente; y en la Fase Postcharla, un 29% (De acuerdo) y un 71% (En Desacuerdo).

En relación a la pregunta 3, en la Fase Basal, existe un promedio de 2.1 y en la Fase Postcharla, un promedio de 1.2.

Según la pregunta 8, en la Fase Basal, existe un promedio de 4.2 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.8.

Según la pregunta 12, en la Fase Basal, existe un promedio de 4.2 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.7.

De acuerdo a la pregunta 16, en la Fase Basal, existe un promedio de 3.3 y en la Fase Postcharla, un promedio de 1.6.

De acuerdo a la pregunta 23, en la Fase Basal, existe un promedio de 2.7 y en la Fase Postcharla, un promedio de 1.3.

Según la pregunta 26, en la Fase Basal, existe un promedio de 2.4 y en la Fase Postcharla, un promedio de 1.2.

De acuerdo con la pregunta 28, en la Fase Basal, existe un promedio de 2.3 y en la Fase Postcharla, un promedio de 1.2. En conclusión el promedio en ambas fases es de 3.0 vs 2.3 (**TABLA 2**). Encontrándose una diferencia estadísticamente significativa porque el t de Student del basal y postcharla, resulta 2.29, que es mayor de 1.67 (valor de acuerdo a la Tabla de t de Student) (ANEXO 4).

GRÁFICO 11

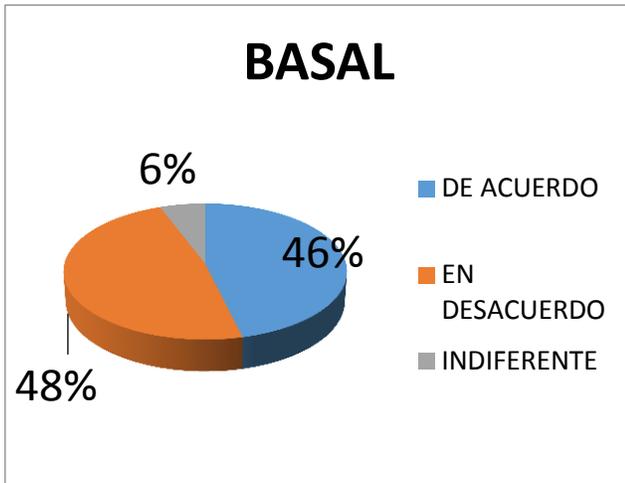


GRÁFICO 12

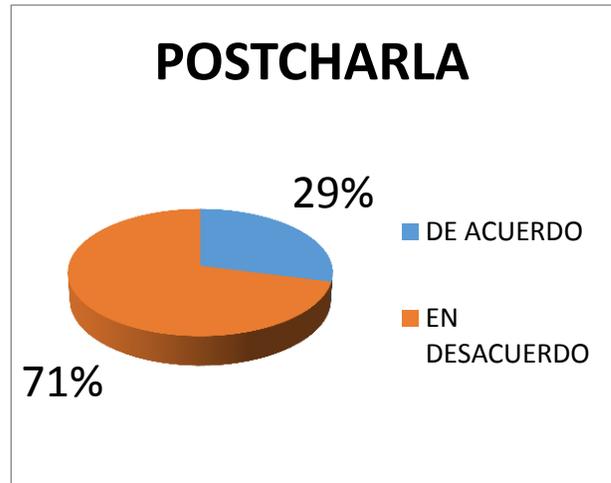


TABLA 3

PREGUNTA	BASAL	POSTCHARLA
3	2,1	1,2
8	4,2	4,8
12	4,2	4,7
16	3,3	1,6
23	2,7	1,3
26	2,4	1,2
28	2,3	1,2
PROMEDIO	3	2,3

De acuerdo al indicador **Valoración del impacto psicosocial de la diabetes mellitus**, conformado por las preguntas o ítems (4, 13, 18, 22, 29, 33), se observó en la Fase Basal un 67,3% De acuerdo, un 28,8% En Desacuerdo y un 3,9% Indiferente; y en la Fase Postcharla, se observó un 83,3% De acuerdo y un 16,7% En Desacuerdo.

En relación a la pregunta 4, en la Fase Basal, existe un promedio de 3.8 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.7.

Según la pregunta 13, en la Fase Basal, existe un promedio de 2.1 y en la Fase Postcharla, un promedio de 1.3.

Según la pregunta 18, en la Fase Basal, existe un promedio de 3.8 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.8.

De acuerdo con la pregunta 22, en la Fase Basal, existe un promedio de 3.7 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.8.

De acuerdo con la pregunta 29, en la Fase Basal, existe un promedio de 3.6 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.6.

Según la pregunta 33, en la Fase Basal, existe un promedio de 4.5 y en la Fase Postcharla, un promedio de 5. En conclusión el promedio en ambas fases es de 3.6 vs 4.2 (**TABLA 2**). Encontrándose una diferencia estadísticamente significativa porque el t de Student del basal y postcharla, resulta 2, que es mayor de 1.67 (valor de acuerdo a la Tabla de t de Student) (ANEXO 4).

GRÁFICO 13

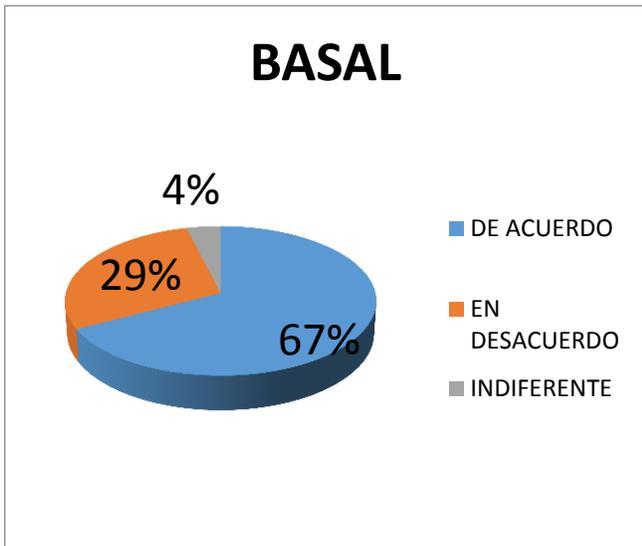


GRÁFICO 14

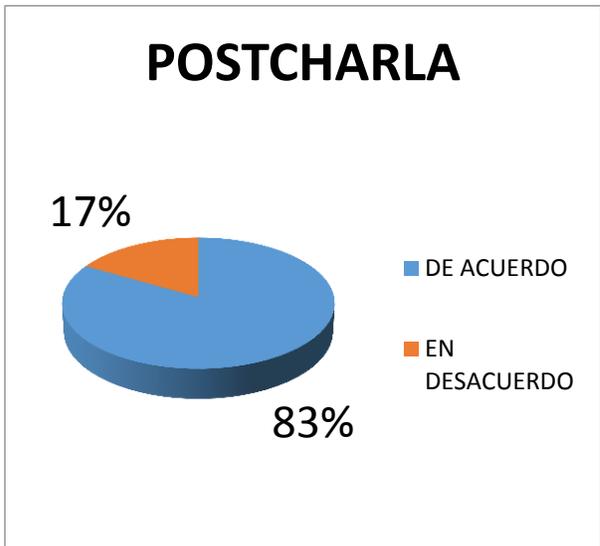


TABLA 4

PREGUNTA	BASAL	POSTCHARLA
4	3,8	4,7
13	2,1	1,3
18	3,8	4,8
22	3,7	4,8
29	3,6	4,6
33	4,5	5
PROMEDIO	3,6	4,2

En relación al **indicador Autonomía del paciente**, conformado por las preguntas o ítems (5, 9, 14, 19, 24, 27, 30, 32), se observó en la Fase Basal un 72,2% De acuerdo, 25,4% En Desacuerdo y un 2,4% Indiferente; y en la Fase Postcharla, se observó un 75% De acuerdo y un 25% En Desacuerdo.

En relación a la pregunta 5, en la Fase Basal, existe un promedio de 3.8 y en la Fase Postcharla, un promedio de 1.5.

Según la pregunta 9, en la Fase Basal, existe un promedio de 4.5 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.8.

Según la pregunta 14, en la Fase Basal, existe un promedio de 2.9 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.5.

De acuerdo a la pregunta 19, en la Fase Basal, existe un promedio de 4.1 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.9.

De acuerdo a la pregunta 24, en la Fase Basal, existe un promedio de 4.4 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.8.

Según la pregunta 27, en la Fase Basal, existe un promedio de 3.9 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.9.

De acuerdo a la pregunta 30, en la Fase Basal, existe un promedio de 3.7 y en la Fase Postcharla, un promedio de 4.7.

De acuerdo a la pregunta 32, en la Fase Basal, existe un promedio de 1.8 y en la Fase Postcharla, un promedio de 1.1. En conclusión el promedio en ambas fases

es de 3.6 vs 3.9 (**TABLA 2**). Encontrándose una diferencia estadísticamente significativa porque el T de Student del basal y postcharla, resulta 2.47 y es mayor que 1.67 (valor de acuerdo a la Tabla de t de Student) (ANEXO 4).

GRÁFICO 15

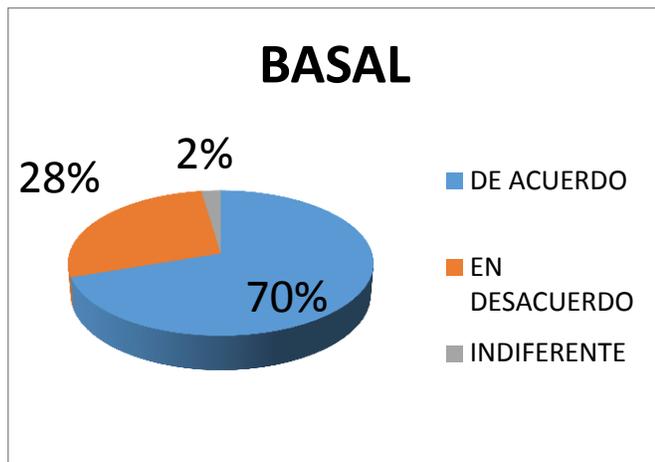


GRÁFICO 16

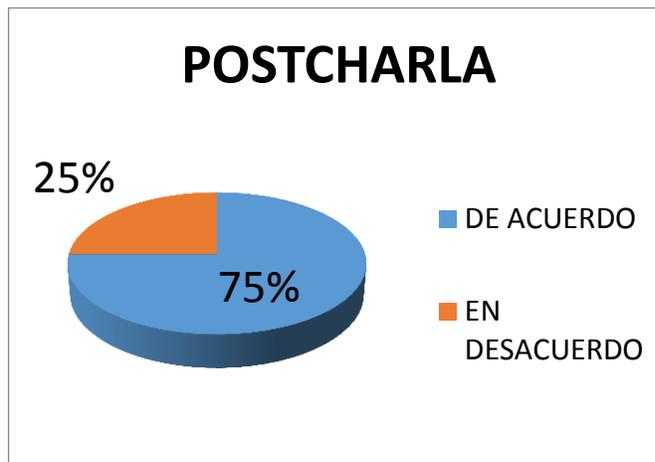


TABLA 5

PREGUNTA	BASAL	POSTCHARLA
5	3,8	1,5
9	4,5	4,8
14	2,9	4,5
19	4,1	4,9
24	4,4	4,8
27	3,9	4,9

30	3,7	4,7
32	1,8	1,1
PROMEDIO	3,6	3,9

RESULTADO DE LA CORRELACIÓN DE SPEARMAN

De acuerdo con la correlación de Spearman, en la Fase Basal y en la Fase Postcharla del estudio, se obtuvieron un puntaje de 0,9, es decir, en las dos fases de estudio hubo una correlación muy alta entre las variables.

RESULTADO DE T DE ESTUDENT:

De acuerdo con las hipótesis:

Ho (nula): No existe impacto de las charlas educativas de diabetes mellitus tipo 2 en el personal del Centro de Salud de Pativilca.

Ha (alterna): Si existe impacto de las charlas educativas de diabetes mellitus tipo 2 en el personal del Centro de Salud de Pativilca.

En relación a lo anterior, el t de Student (con 95% de confiabilidad), da como resultado que el impacto de las charlas educativas en relación con la DM2 tiene significancia estadística, por el hecho de presentar tanto en la Fase Basal y la Fase Postcharla un valor de 7,07; y comparándolo con la Tabla de t de Student (50 de muestra): 1,67; el valor anterior es mayor ($7,07 > 1,67$).

5.2 DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados de la investigación, hay una mayor cantidad de mujeres (81%) en comparación de los hombres (19%), y los grupos etarios se distribuyen en un 60% entre los 30 y 49 años, un promedio de 39,5 años (etapa de vida adulta y con una vida económicamente activa) y un 3% tiene mayor igual que 60 años, existiendo una prevalencia mayor de población adulta joven.

La profesión de mayor prevalencia de la muestra fue Técnica de Enfermería con 40%, luego 22% son Licenciadas de Enfermería, un 15% son Licenciadas en Obstetricia, un 12% son Médico General y un 11% está dividido entre Psicólogos, Licenciado en Nutrición, Trabajador Social y Odontólogo. La muestra no tiene grado de Magister, Doctorado o Especialización. En relación al tiempo de servicio en el MINSA, existe un grupo significativo de trabajadores con pocos años laborando en el Centro de Salud, a comparación de una quinta parte que tiene mayor igual a 20 años. La mayoría del personal de salud se desempeña en el Área de Consultorio Externo y solo un 2% en Emergencia, destacándose una labor diaria de mucho contacto con pacientes ambulatorios, propio de un Centro de Salud de Atención Primaria, sin embargo, en cuanto a la frecuencia de contacto con pacientes diabéticos es inversamente proporcional, porque un porcentaje significativo marcó Casi Nunca y Nunca (36%), a comparación de un pequeño porcentaje que optó por Muy Frecuentemente y Frecuentemente(22%), y un 42% eligió A veces.

En base a las preguntas del cuestionario sobre actitudes y frases sobre diabetes, esta se dividió en 5 subescalas (Necesidad de Entrenamiento, Percepción de la gravedad, Valoración del Control estricto, Valoración del impacto psicosocial y Autonomía del paciente), en la presente investigación se concluyó que el personal de salud le dio mayor importancia a la Necesidad de Entrenamiento, Valoración del impacto psicosocial de la diabetes mellitus y Autonomía del paciente, cabe destacar que los porcentaje aumentaron después de la charla impartida, y también se pudo percibir la preocupación del control de la glicemia y de la gravedad de la enfermedad, esto es comparado con el estudio de Ayala⁹, en el cual su población de personal de salud, tenía como principal preocupación la Necesidad de entrenamiento, Percepción de Gravedad y Valoración del Control estricto, y el efecto positivo del autocontrol de la enfermedad.

En el indicador Necesidad de entrenamiento, en la Fase Postcharla hubo un aumento de 5%, resultando en la totalidad de la muestra a favor de este indicador, dando hincapié que la charla tuvo un impacto positivo en reforzar la idea de adquirir y consolidar el conocimiento sobre actitudes y conocimientos en el personal de salud en relación a la diabetes mellitus, destacando que en la charla se subrayó la prevalencia del 7,6% de diabetes mellitus tipo 2 en el Perú, reafirmando esta premisa, el Dr. Seclén³, señala que la prevalencia nacional de diabetes es de 7% y 8,4% en Lima Metropolitana, además de que la prevalencia de diabetes de diagnóstico conocido es de 4,2% y 2,8% de diagnóstico reciente, considerando que en la costa la prevalencia es de 8,2%, el doble en comparación a la sierra y la selva (4,5% y 3,5% respectivamente). El promedio de puntuación

de este indicador aumentó de 4,3 en la Fase Basal a 4,9 en la Fase Postcharla, esto refuerza a lo mencionado por Pino¹⁰, donde señala la necesidad de una mayor atención en la educación para la salud, el desarrollo y monitorización de sus técnicas, de una mayor participación de los médicos generales y de otros profesionales y de un mejor entrenamiento en la práctica de los maestros, incluso hay autores que aseguran la importancia de mantener la continuidad a través del tiempo en este tipo de intervenciones educativas.

En cuanto al indicador Valoración del Impacto Psicosocial de la diabetes mellitus, se observó en la Fase Basal un 67,3% De acuerdo, un 28,8% En Desacuerdo y un 3,9% Indiferente; y en la Fase Postcharla, se observó un 83,3% De acuerdo y un 16,7% En Desacuerdo. Este aumento de 16% en De Acuerdo, refleja el efecto positivo de la charla, ya que uno de los temas de la exposición fue el Impacto Psicosocial de la DM-2, donde se reconoció que la diabetes es una enfermedad crónica que conlleva un gran impacto en la vida emocional y afectiva de las personas, y es necesario ser consciente para intervenir y mejorar la adhesión al tratamiento, en otras palabras, estas respuestas son producto del impacto de las manifestaciones clínicas, del significado individual y social atribuido a una enfermedad que causa estragos psicológicos, sociales y económicos (en el transcurso de la charla se calculó el gasto en soles de la diabetes y sus complicaciones, sin la protección social adecuada) a la persona que lo padece, a sus familiares y amigos más cercanos. El estudio DAWN2¹⁸ (Diabetes Attitudes wishes and Needs- 2), remarca el papel protagónico de los aspectos psicológicos del paciente diabético, para mejorar la salud y la calidad de vida, como también las

necesidades y percepciones de otros protagonistas principales implicados en este proceso como son: los cuidadores y profesionales de la salud. El promedio de puntuación de este indicador aumento de 3,5 a 4,2, de esta forma se observó el efecto de la charla hacia una opinión a favor.

En relación al indicador Autonomía del paciente, se observó en la Fase Basal un 72,2% De acuerdo, 25,4% En Desacuerdo y un 2,4% Indiferente; y en la Fase Postcharla, se observó un 75% De acuerdo y un 25% En Desacuerdo; este aumento del porcentaje de la opción De acuerdo se debe a que el pequeño grupo de Indiferente se inclinó hacia una opinión a favor, esta variación es gracias al efecto de la charla, ya que en el transcurso de la charla se incentivó el tema de la educación para el autocontrol, por el hecho de que la instrucción adecuada, conlleva hacia el autocuidado y este genera autonomía. La educación se basa en impartir conocimiento al paciente diabético sobre conocimientos básicos (glucosa normal, origen de la diabetes, función de la insulina, síntomas de hipoglucemia), alimentación (frecuencia de la ingestión, alimentos aconsejados y racionados), control de la enfermedad (manejo de hipoglicemia, cuidado de pies y realizar ejercicios) y control de la insulino terapia (uso de insulina, uso de autoanalizador, variación de dosis y realizar perfil), de esta manera guiar al paciente para mejorar su control metabólico, mejorar parámetros clínicos, disminuir sus ingresos hospitalarios y gastos económicos. El promedio de puntuación de este indicador vario de 3,6 a 3,9.

En el indicador de Percepción de la gravedad de la diabetes mellitus, la charla reforzó y aclaró las ideas erróneas sobre la diabetes, como en las preguntas 2, 7,

11 y 15, las cuales fueron explicadas durante la charla, dando importancia al papel de la insulina, sobre todo su importancia en el tratamiento inicial de la diabetes y desechando la idea errónea de que la insulina es sinónimo de fase avanzada de la enfermedad; la enfermedad afecta a todas las edades y se debe tomar precauciones y enfatizar en el autocuidado de su tratamiento (la EDUCACION no es parte del tratamiento, ES EL TRATAMIENTO), otro punto importante es que la diabetes necesita de un cuidado multidisciplinario y afecta a varios aspectos de la vida, por eso se evidenció en el promedio 2.3 a 1.3, es decir una actitud de Desacuerdo (de la Fase Basal a Fase Postcharla); en cuanto a las preguntas 21, 25 y 31, en la charla se dio relevancia a la epidemiología de la diabetes, su prevalencia e incidencia, sus factores de riesgo, sus causas de morbi-mortalidad y complicaciones más frecuentes; incluso se resaltó que el tratamiento farmacológico se debe estar monitorizando y debe existir una cultura de salud, sobre la asistencia de las visitas al médico, y de acuerdo a lo anterior, los resultados del promedio fueron de 3.8 a 4.7 (de la Fase Basal a la Fase Postcharla), el cambio fue hacia una actitud más favorable.

En relación al indicador Valoración del control estricto, la charla corroboró con el tema de mantener el nivel de azúcar en el rango normal para así prevenir las complicaciones más frecuente como son: cardiovascular (primer lugar), insuficiencia renal, neuropatía diabética que afectan a pies y manos, retinopatía y otras menos frecuentes, por este motivo en la pregunta 8 y 12, se observa un aumento del promedio de 4.2 a 4.8 (de la Fase Basal a la Fase Postcharla), dando un aumento hacia una actitud favorable.

Para enfatizar el mantenimiento del nivel de la glucosa en los rangos normales, uno de los subtemas de la charla fue la de mantener el nivel de HbA1c (Hemoglobina glicosilada) en nivel reducidos, porque de esta forma se puede disminuir: las muertes relacionadas con la diabetes, infarto del miocardio, complicaciones microvasculares y trastornos vasculares periféricos, de acuerdo a lo anterior, esto se da cuando se va disminuyendo cada 1% de la HbA1c.

También en este indicador hubo preguntas (3, 16, 23, 26 y 28), donde se describían frases erróneas sobre la diabetes, por tal motivo la charla cambió el promedio de 2.6 a 1.3 (de la Fase Basal a Fase Postcharla), remarcando la actitud En Desacuerdo; durante la charla educativa se explicó sobre el control estricto de la glucosa en sangre, donde se señalaba que el glicemia y la hemoglobina glicosilada debe estar en su rango normal o disminuirse para así darle mejor estilo de vida al paciente diabético y menos complicaciones a futuro (Cuadro 1), brindando conocimiento sobre las indicaciones, contraindicaciones y limitaciones de cada medicamento.

Todo lo anterior mencionado, refuerza la idea de Ramírez⁶ de que una intervención educativa en los médicos que atienden pacientes diabéticos en atención primaria de salud, puede influir en el cambio de conducta de los médicos y podría determinar un impacto positivo a largo plazo, y cabe agregar lo que señaló Suárez Pérez *et al.*⁴, el aspecto educacional se debe iniciar en el personal de salud para que puedan realizar con eficacia el cuidado y la educación de la población diabética. Otro de los motivos de la capacitación del personal es que el paciente diabético debe ser informado, culturizado y ayudado en todos los

aspectos de su vida diaria, y no debe existir un conocimiento inadecuado sobre esta enfermedad que es de carácter irreversible, esto último señalado por Noda *et al.*³⁰.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

6.1 CONCLUSIONES

La actitud previo a las charlas educativas se inclinaron hacia los siguientes aspectos del DAS (Diabetes Attitude Scale), de manera descendente en cuanto a la importancia: Necesidad de Entrenamiento, Valoración del impacto psicosocial de la diabetes mellitus, Autonomía del paciente, Preocupación del control de la glicemia y la Gravedad de la enfermedad.

Posterior a las charlas, el personal de salud dio más importancia a los siguientes indicadores, se menciona de mayor a menor importancia: Necesidad de entrenamiento especial, Impacto psicosocial de la Diabetes Mellitus tipo 2, Autonomía del paciente, Percepción de la gravedad y Valoración del Control estricto.

Además se puede apreciar que hubo un mayor cambio en el siguiente indicador: Impacto psicosocial de la Diabetes Mellitus tipo 2, luego Necesidad de entrenamiento especial, después Autonomía del paciente, Valoración del control estricto, y al final, Percepción de la gravedad. Dando énfasis en la preocupación del personal de salud sobre el impacto psicosocial originado por la enfermedad en la vida diaria del paciente, también en la necesidad de una continua capacitación sobre una enfermedad que va creciendo paulatinamente sobre todo en la población infantil y la gravedad que acarrea la DM-2, tanto en su fase aguda y crónica, la morbimortalidad y el impacto económico.

6.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda seguir realizando charlas educativas de diabetes mellitus tipo 2 al personal de salud, para poder educar al paciente diabético de manera indirecta, brindarle herramientas, consejos y aclararles el panorama sobre su enfermedad. Teniendo como referencia que toda intervención debe ser continua a través del tiempo para lograr buenos resultados, y debe realizarse un reforzamiento a través de evaluaciones.

Posterior a lo mencionado anteriormente, se recomienda registrar el impacto de las charlas educativas por medio de otra investigación en la cual se enfocaría en la cantidad de pacientes diabéticos captados por el personal del Centro de Salud, quienes no son diagnosticados a tiempo o infradiagnosticados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organismo Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/facts/es/index1.html>
- 2) Plan Mundial contra la Diabetes 2011-2021 (Federación Internacional de Diabetes). Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
- 3) Seclén SN. “Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos”. Lima: Revista Médica Herediana, 2015.
- 4) Suárez Pérez R, García González R, Aldana Padilla D, Díaz Díaz O. y Grupo de Intervención. Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Instituto Nacional de Endocrinología. Revista Cubana Endocrinología. Ciudad de La Habana-Cuba. 2000; 11(1): 31-40.
- 5) Castro Cabeza G, Rodríguez Chamorro I, Ramos Mejía RM. Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Magdalena. Colombia. Duazary, 2do semestre de 2005, Vol. 2 N°2: 147-150.
- 6) Ramírez Flores JA. Efectividad de una intervención educativa en los médicos tratantes de enfermos diabéticos tipo 2 de un servicio de salud [Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública]. Santiago: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. 2012.

- 7) Inga Yumi CE, Rocillo Monar MR. Programa educativo para la prevención de la diabetes en pacientes prediabéticos del IESS de Riobamba 2009. Escuela Superior Politécnica del Chimborazo. Facultad de Salud Pública. Escuela de Nutrición y Dietética. Riobamba-Ecuador. 2011.
- 8) Larrea Sánchez MS. Influencia de la educación en diabetes, para el mejoramiento del costo-utilidad de los pacientes diabéticos afectados: Análisis en los centros de atención ambulatoria Chimbacalle y Suroccidental del IESS en el período marzo 2006- diciembre 2007. [Tesis de grado para la obtención del título de Magíster en Salud Pública]. Quito: Colegio de Postgrados, Universidad San Francisco de Quito. 2008.
- 9) Ayala Garrido C. Actitudes hacia la diabetes del personal de salud médico tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana – Perú, Enero 2015.
- 10) Pino Bartolo F, Rojas P y Gadicke P. “Evaluación del impacto de un programa de educación sanitaria para prevenir enfermedades zoonóticas”. Theoria. Facultad de Medicina Veterinaria, Departamento de Ciencias Pecuarias, Universidad de Concepción. Chile (2008), Vol. 17 (1): 61-69.
- 11) Hernández Anguera JM, Basora Gallisá J, Ansa Echeverría X, Piñol Moreso JL, Millán Guasch M y Figuerola Pino D., en nombre del Grup de Recerca sobre Educació Terapèutica en Diabetes Mellitus de Catalunya. La versión española de la Diabetes Attitude Scale (DAS-3sp): un instrumento de medición de actitudes y motivaciones en diabetes. Endocrinol Nutr 2002; 49(9): 293-8.

- 12) Arria M, Rodríguez Morales AJ., Rojas Mirabal JG., Moya LT., Mata J, Benítez J, González L, Blanco JJ. "Impacto de una actividad educativa sobre prevención de la Malaria en una población escolar de Caño de Ajíes, Sucre, Venezuela". Enero-Junio 2006. Academia-Vol. V. (9): 10-16.
- 13) Sánchez Chávez NP, Reyes Gómez U, Reyes Hernández KL, Peñuela Olaya MA, Chávez Solano L, Cervantes García MC, en la investigación titulada: Impacto de un programa de educación para la salud promoviendo conductas de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 en el estado de Oaxaca. México 2012-2014. Revista Mexicana de Atención Primaria a la Salud. Órgano Oficial de la Sociedad de Médicos Generales del Estado de Oaxaca, A.C.
- 14) Bustos Saldaña R, Aceves González BN, Del Toro Anay BA, Martínez Har P, Pérez Martínez F, Rodríguez Riveros MG, Rolón Rodríguez M, Vargas Quezada JJ, Vargas Quezada NR, en la publicación: Impacto de dos estrategias educativas en la adquisición de conocimientos sobre diabetes mellitus en adolescentes no diabéticos. México. Enero-Junio 2014. 5 (8).
- 15) Anderson RM, Fitzgerald JT, Funnell, MM, Gruppen LD. The third version of the diabetes attitude scale. *Diabetes Care* 1998; 21:1403-7.
- 16) Rodríguez A. *Psicología social*. Primera Edición. México: Trillas. 1976.
- 17) Allport GW. *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós. 1970.
- 18) Coronado Cordero IA., Escalante Pulido JM. Estudio DAWN 2. Actitudes, deseos y necesidades del paciente con diabetes: un enfoque holístico. *Medicina Interna México*. 2014; 30: 435-441. Disponible en:

[http:// www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/nieto/M.I./.../MedInt4small.pdf](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/nieto/M.I./.../MedInt4small.pdf)

19) Centro Mexicano Diabetes-Vida. Antecedentes Históricos de la Diabetes.

Disponible en:

http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lat/rocha_i_m/capitulo2.pdf

20) Chiquete E, Nuño González P; Panduro A. Perspectiva histórica de la Diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad. México. 2001.

21) Jojoa Hurtado NA. Calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Pasto en el período Marzo-Julio de 2014. Estudiante del Programa de Enfermería. Universidad Mariana. Colombia. 2014.

22) Mi Salud es Primero. Guía: Charla para los promotores de salud. National Council of La Raza (NCLR), Institute for Hispanic Health (IHH), Alivio Medical Center, Peers for Progress. Abril- 2015.

Disponible en: http://peersforprogress.org/wp-content/uploads/2015/04/150421-misaludesprimero_charlaguidespa_42115.pdf

23) Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. Harrison Principios de Medicina Interna. Editorial The McGraw-Hill Companies. 18ª Edición. Pag. 2968. 2012.

24) Arias-González A, Guevara Valtier MC, Paz Morales MA, Valenzuela Suazuo S; Rivas Acuña V. "Control glucémico, autocuidado y estrés en pacientes con

diabetes mellitus tipo 2 residentes de Monterrey, México”. Lima: Revista de Enfermería Herediana, 2015.

25)Cabrera M. R; Motta Quijandría I; Rodríguez Robladillo C; Velásquez Carranza D. “Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chíncha – EsSalud – 2009”. Lima: Rev. Enfermería Herediana, 2009.

26)Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo 2. Santiago, Chile. 2010. Disponible en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>

27)Pellicer Martínez A, Hidalgo M. JJ, Perales M. A, Díaz G. C. “Obstetricia y Ginecología, Guía de actuación”. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2014.

28)Kane RL., Ouslander JG., Abrass IB. “Geriatría Clínica” Cuarta Edición, 2004.

29)Seclén SN., Rosas ME., Arias AJ., Huayta E, Medina CA. “Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study”. Lima: BMJ Open Diab Res Care, 2015.

30)Noda Milla JR, Pérez Lu JE, Málaga Rodríguez G, Aphanh Lam MR. “Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales”. Lima: Rev. Med. Herediana v.19 n.2, 2008.

- 31)Cuya Matos Oscar Alejandro. “La definición de impacto social en las normas y guías oficiales que orientan la elaboración de los estudios de Impacto Ambiental en el Perú”. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2011.
- 32)Ibañez Gracia T. “Introducción a la psicología social”. Barcelona, España: UOC, 2004.
- 33)Arámbulo Ramos María Fernanda. “Análisis del ciberbullying como problema social y propuestas de charlas educativas en colegios del Cantón Balao”. Guayaquil, Ecuador: FACSO (Facultad de Comunicación Social), 2015.
- 34)Rizo Sánchez Mélida, Sandoval Rojas Kevin. “Comportamiento clínico-epidemiológico de la Diabetes Mellitus, en niños y adolescentes atendidos en consulta externa, Hospital Manuel de Jesús Rivera “La Mascota” durante enero 2012 – Junio 2014”. Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas, 2016.
- 35)González Velasco María Fernanda, Leuro Avila Alvaro. “La autonomía institucional como clave de desarrollo en las instituciones educativas: una mirada desde las representaciones sociales”. Bogotá D.C, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Educación, 2005.
- 36)Morales Gonzalez Cristhian Giovanni. “Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda, Febrero a Abril de 2009”. Santa Fe de Bogota D.C, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, 2009.

37) Cejudo Prado Javier. "Diseño, desarrollo y evaluación del programa "Dulcinea" de educación emocional en un Centro de Educación secundaria desde la integración de modelos de inteligencia emocional". España: Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación II, 2015.

38) Navarro Corrales Mauricio José. "Centro de Salud y Asistencia Social". Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Arquitectura, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1 (Diabetes Attitude Scale – Tercera versión)

DAS 3-sp (Personal de Salud)

Apellidos y Nombres: _____ Edad: _____

Profesión: Lic. Enfermería Lic. Nutrición Medico-General
 Endocrinólogo Trabajadora Social Lic. Obstetricia
 Psicólogo Tecnólogo Medico Odontólogo

Postgrado Académico Alcanzado: Magister Doctorado Especialización

Tiempo de servicio en el MINSA: _____

Área donde labora: Consultorio Externo Hospitalización Emergencia Área administrativa

En su labor diaria Ud. atiende pacientes diabéticos:

Muy Frecuentemente Frecuentemente A veces Casi Nunca Nunca

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	Totalment e de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalment e 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 tienen 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 deberían 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 deberían 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					

Generalmente yo creo que	Totalment e de acuerdo	De acuerdo	Indiferent e	En desacuerdo	Totalment e en desacuerdo
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 mas 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					

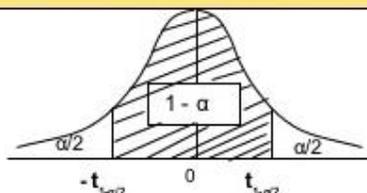
ANEXO 2 (Ecuación de corrección)

Subescala	Ecuación de corrección	Instrucciones
Necesidad entrenamiento especial (S1)	$\Sigma (P1, P6, P10, P17, P20) / N^{\circ}$ de preguntas contestadas	
Percepción gravedad (S2)	$\Sigma (P2, P7, P11, P15, P21, P25, P31) / N^{\circ}$ de preguntas contestadas	Valores inversos para P2, P7, P11 y P15.
Valoración del control estricto (S3)	$\Sigma (P3, P8, P12, P16, P23, P26, P28) / N^{\circ}$ de preguntas contestadas	Valores inversos para P3, P16, P23, P26 y P28.
Valoración del impacto psicosocial de la DM (S4)	$\Sigma (P4, P13, P18, P22, P29, P33) / N^{\circ}$ de preguntas contestadas	Valores inversos para P13.
Autonomía del paciente	$\Sigma (P5, P9, P14, P19, P24, P27, P30, P32) / N^{\circ}$ de preguntas contestadas	

Nota: en caso de que no se conteste el 50% de las preguntas de una subescala, ésta debe considerarse como nula.
P: número de pregunta en el cuestionario.

ANEXO 3 (Tabla de la Distribución T Student)

TABLA IV: Tabla de la Distribución T Student con v Grados de Libertad - Valor Crítico $t_{1-\alpha/2}$



α	0,10	0,05	0,02	0,01	0,005	0,002	0,001
$1-\alpha$	0,90	0,95	0,98	0,99	0,995	0,998	0,999
v	$t_{0,95}$	$t_{0,975}$	$t_{0,99}$	$t_{0,995}$	$t_{0,9975}$	$t_{0,999}$	$t_{0,9995}$
1	6,314	12,71	31,82	63,66	127,3	318,3	636,6
2	2,920	4,303	6,965	9,925	14,09	22,33	31,60
3	2,353	3,182	4,541	5,841	7,453	10,21	12,92
4	2,132	2,776	3,747	4,604	5,598	7,173	8,610
5	2,015	2,571	3,365	4,032	4,773	5,893	6,869
6	1,943	2,447	3,143	3,707	4,317	5,208	5,959
7	1,895	2,365	2,998	3,499	4,029	4,785	5,408
8	1,860	2,306	2,896	3,355	3,833	4,501	5,041
9	1,833	2,262	2,821	3,250	3,690	4,297	4,781
10	1,812	2,228	2,764	3,169	3,581	4,144	4,587
11	1,796	2,201	2,718	3,106	3,497	4,025	4,437
12	1,782	2,179	2,681	3,055	3,428	3,930	4,318
13	1,771	2,160	2,650	3,012	3,372	3,852	4,221
14	1,761	2,145	2,624	2,977	3,326	3,787	4,140
15	1,753	2,131	2,602	2,947	3,286	3,733	4,073
16	1,746	2,120	2,583	2,921	3,252	3,686	4,015
17	1,740	2,110	2,567	2,898	3,222	3,646	3,965
18	1,734	2,101	2,552	2,878	3,197	3,610	3,922
19	1,729	2,093	2,539	2,861	3,174	3,579	3,883
20	1,725	2,086	2,528	2,845	3,153	3,552	3,850
21	1,721	2,080	2,518	2,831	3,135	3,527	3,819
22	1,717	2,074	2,508	2,819	3,119	3,505	3,792
23	1,714	2,069	2,500	2,807	3,104	3,485	3,768
24	1,711	2,064	2,492	2,797	3,091	3,467	3,745
25	1,708	2,060	2,485	2,787	3,078	3,450	3,725
26	1,706	2,056	2,479	2,779	3,067	3,435	3,707
27	1,703	2,052	2,473	2,771	3,057	3,421	3,690
28	1,701	2,048	2,467	2,763	3,047	3,408	3,674
29	1,699	2,045	2,462	2,756	3,038	3,396	3,659
30	1,697	2,042	2,457	2,750	3,030	3,385	3,646
40	1,684	2,021	2,423	2,704	2,971	3,307	3,551
50	1,676	2,009	2,403	2,678	2,937	3,261	3,496
60	1,671	2,000	2,390	2,660	2,915	3,232	3,460
70	1,667	1,994	2,381	2,648	2,899	3,211	3,435
80	1,664	1,990	2,374	2,639	2,887	3,195	3,416
90	1,662	1,987	2,368	2,632	2,878	3,183	3,402
100	1,660	1,984	2,364	2,626	2,871	3,174	3,390
200	1,653	1,972	2,345	2,601	2,838	3,131	3,340
500	1,648	1,965	2,334	2,586	2,820	3,107	3,310
∞	1,645	1,960	2,326	2,576	2,807	3,090	3,291

ANEXO 4 (Solicitud de Autorización del Centro de Salud de Pativilca)

“AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU”

Lima, 19 de agosto del 2016

SEÑOR DIRECTOR
RED BARRANCA CAJATAMBO
DR. ELVIS JARA PANANA

Presente.-

Atención: M.C. ALAN PUMACHAGUA
GUTIERREZ
Medico Jefe MICRORED
PATIVILCA

Asunto : **Solicita: Permiso para
encuestar al personal.**

De mi mayor consideración:

Me es sumamente grato dirigirme a usted, para solicitarle me conceda permiso para encuestar a su personal de MICRORED en la fecha y hora que me designen.

El motivo por el cual le solicito, es por ser un requisito indispensable para la elaboración y conclusión del trabajo de investigación (tesis profesional) para el alumno **CARLOS DANIEL FERNANDEZ VARGAS**, número de matrícula 2011170717, de la Facultad de Medicina Humana nuestra prestigiosa **UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**, el mismo que cursa el 8vo ciclo de estudios.

Sin otro particular, nos suscribimos de ustedes, muy atentamente.

Adj. Lo indicado

Cc: Dr. Alan Pumachagua Gutiérrez
Médico jefe Microred Pativilca.
Alumno: Fernández Vargas, Carlos Daniel

ANEXO 5 (Cronograma de actividades desde Julio hasta Noviembre del 2016)

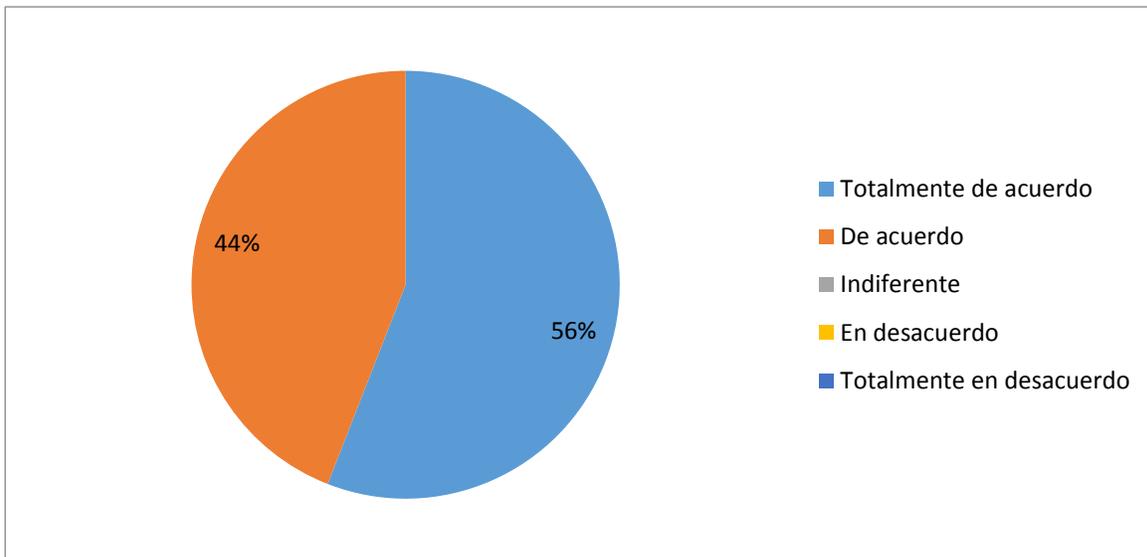
	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Búsqueda del Expositor de las charlas	X				
Solicitud de Autorización al Centro de Salud de Pativilca		X			
Preparación de la charla educativa (impresión, coordinación con técnico audiovisual y local)		X			
Realización de la primera evaluación (Test Basal)			X		
Análisis del Test Basal			X		
Exposición de la primera charla educativa de DM-2			X		
Exposición de la segunda charla educativa de DM-2					X
Realización de la segunda evaluación (Post Test)					X
Análisis del Post Test					X
Realización del Informe Final					X

ANEXO 6

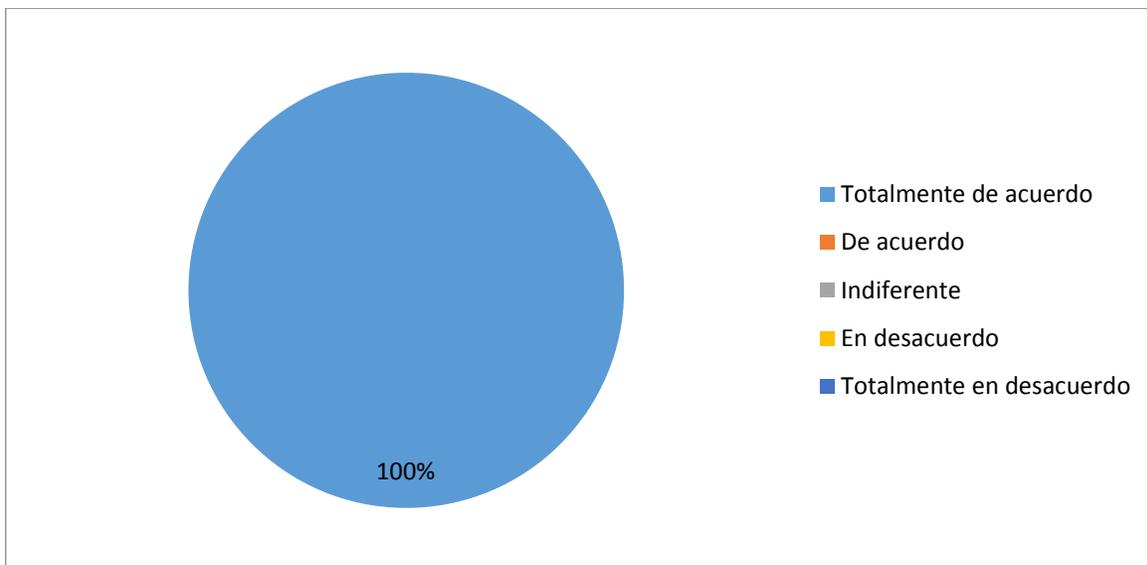
PREGUNTAS DE LA ENCUESTA DAS-3sp

1. ...los profesionales de la salud que atienden a las personas con diabetes deberían estar entrenadas (preparadas) para comunicarse.

BASAL

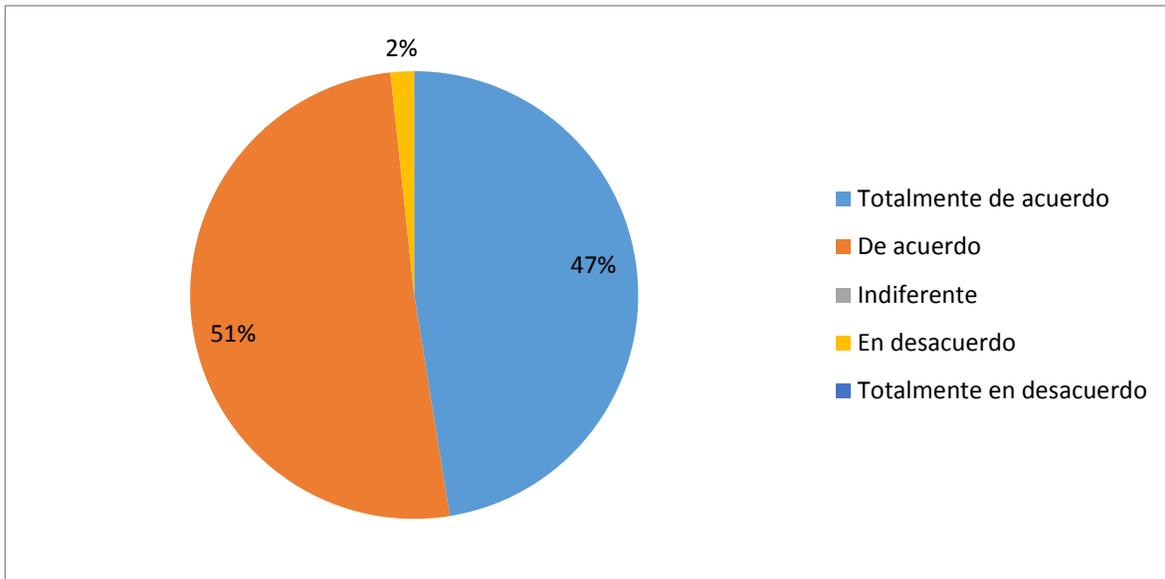


POSTCHARLA

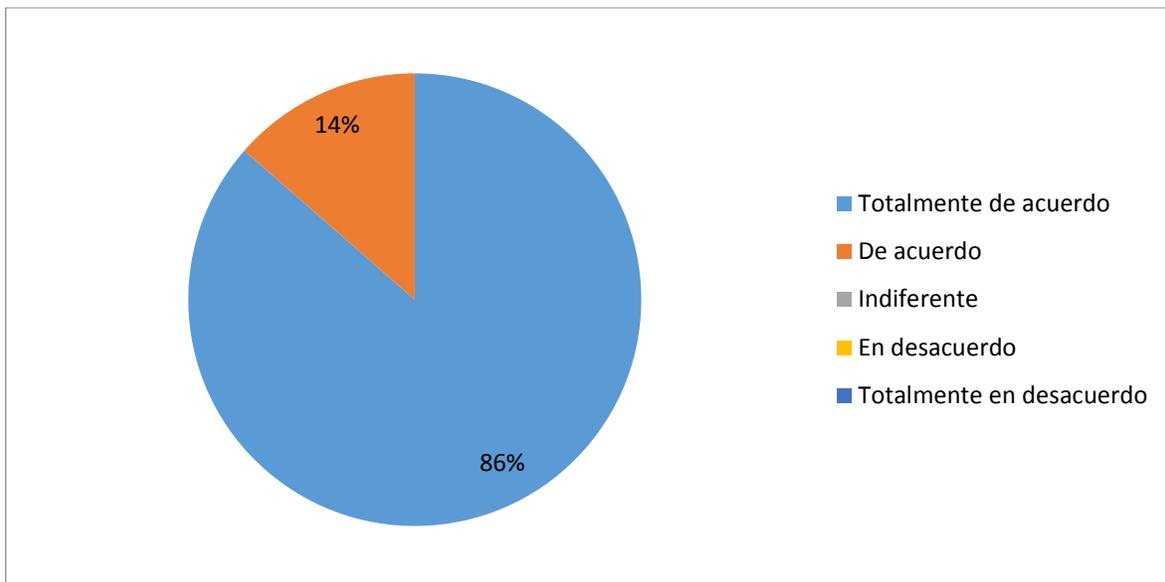


2. ...los profesionales de la salud deberían ser enseñados (entrenados) sobre como el cuidado diario de la diabetes afecta a la vida de los pacientes.

BASAL

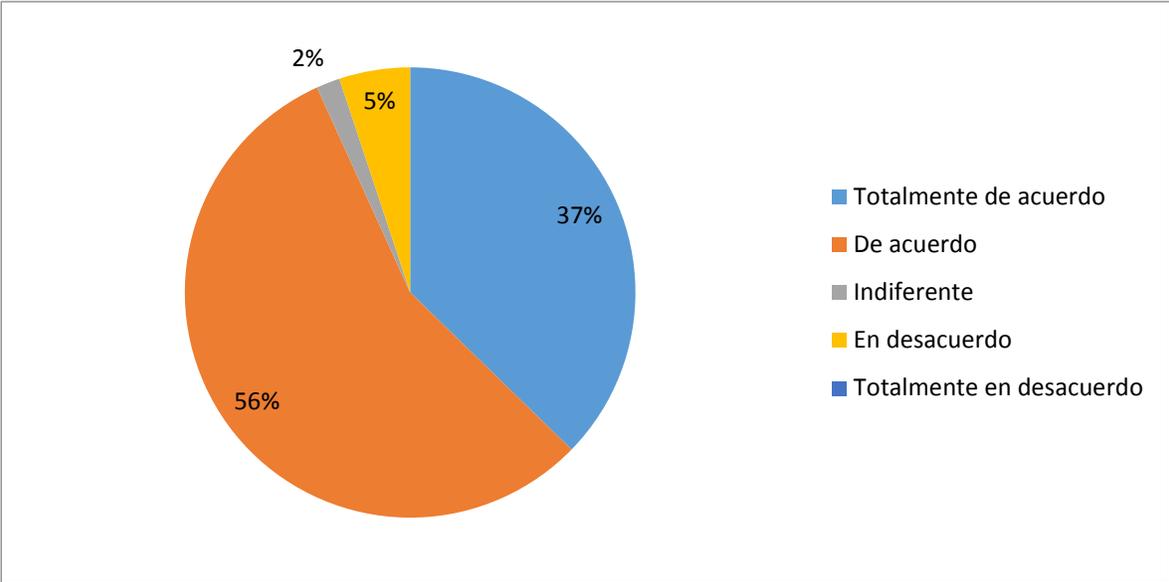


POSTCHARLA

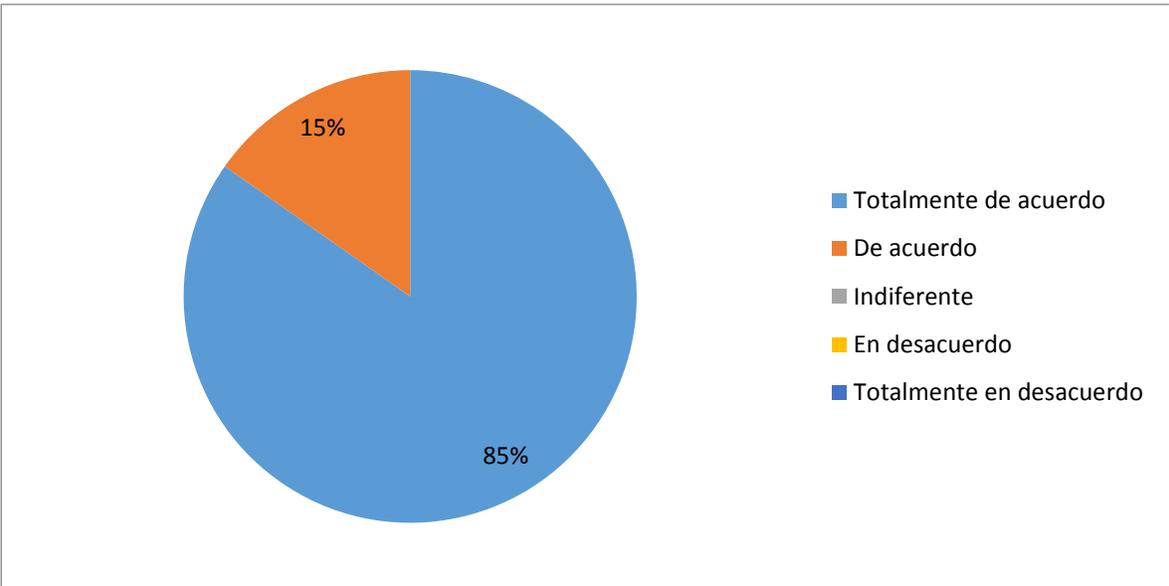


3. ...los profesionales de la salud deberían aprender a fijar objetivos en colaboración con sus pacientes, no solo decirles lo que deben de hacer.

BASAL

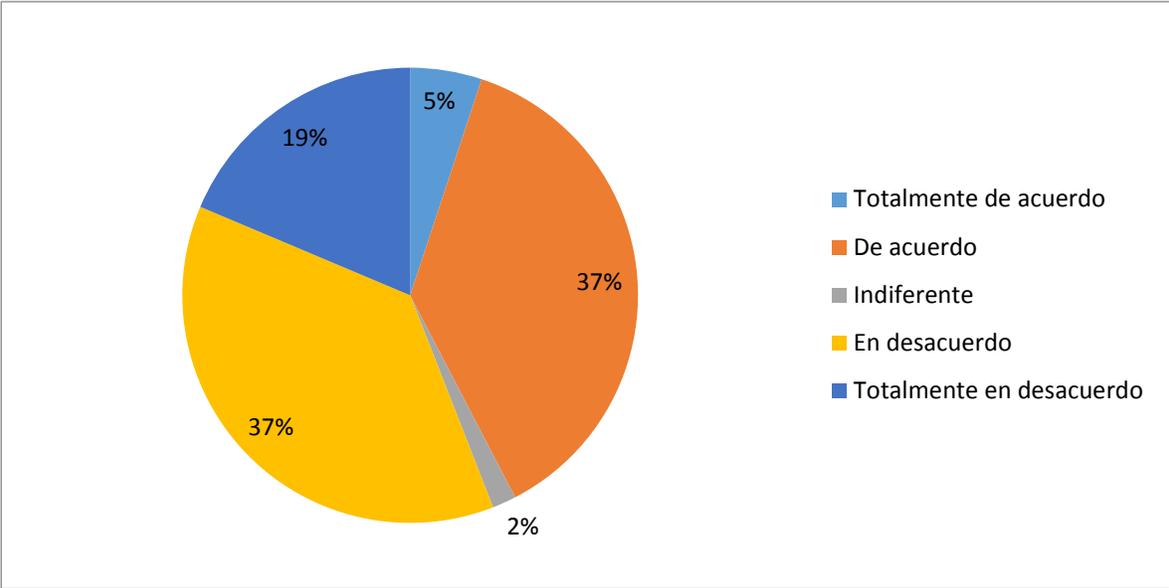


POSTCHARLA

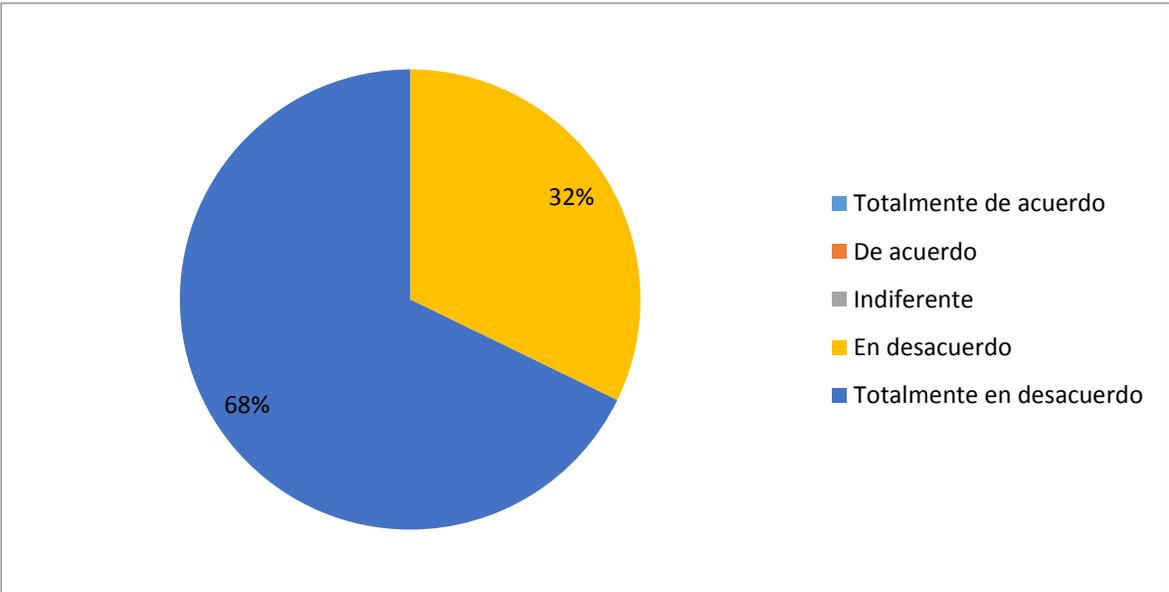


4. ...la gente que no necesita insulina para tratar su diabetes tiene una enfermedad menos grave (bastante suave).

BASAL

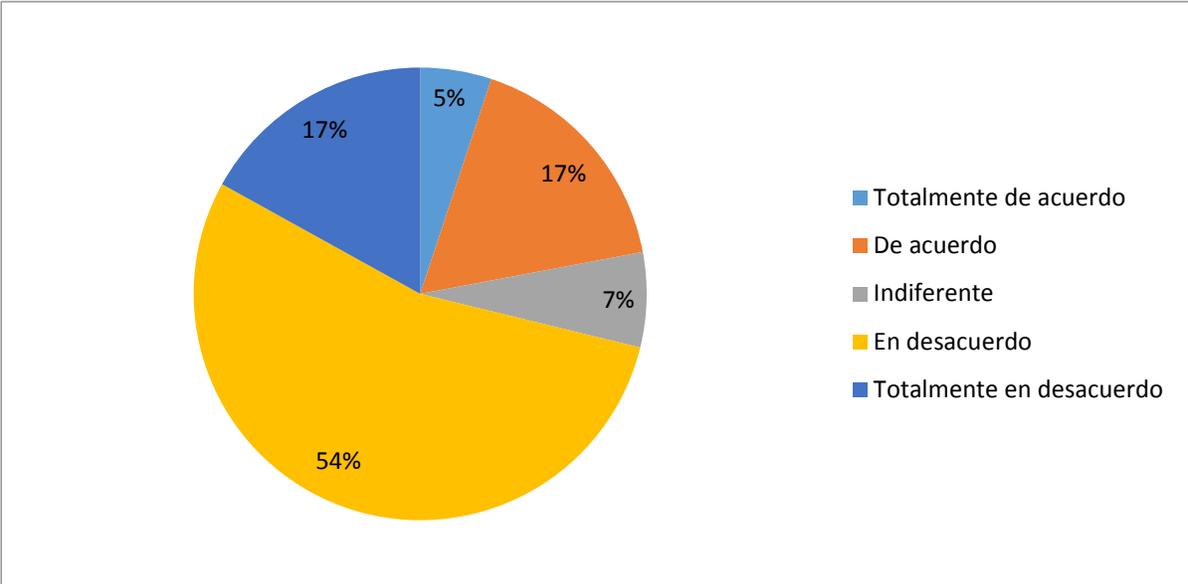


POSTCHARLA

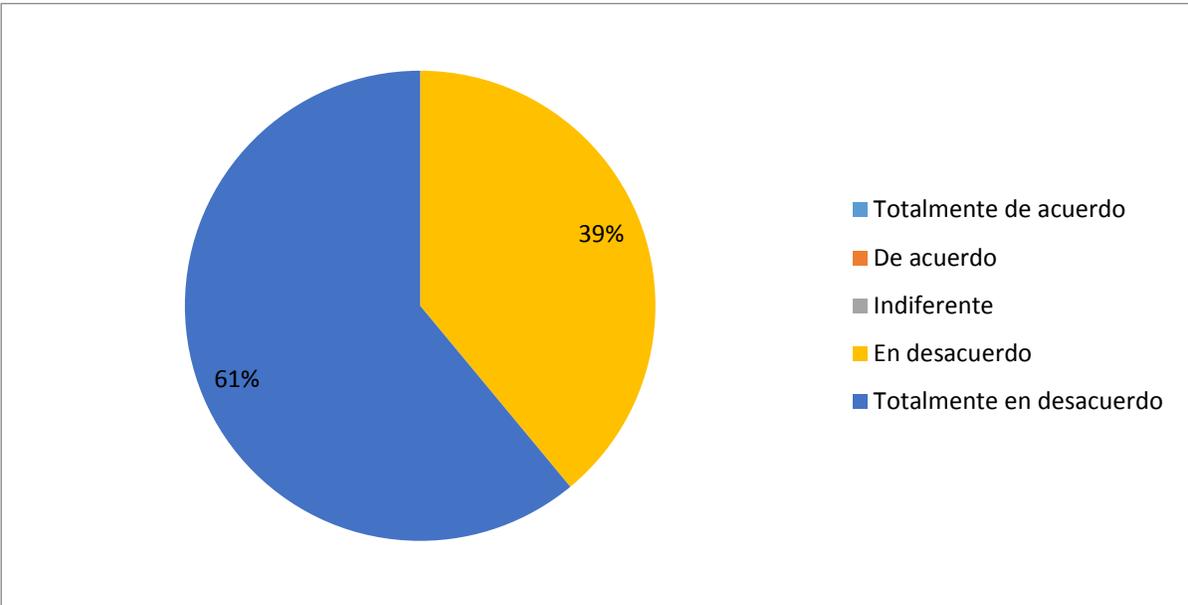


5. ...las personas cuya diabetes es tratada sólo con dieta no deben preocuparse por padecer muchas complicaciones a largo plazo.

BASAL

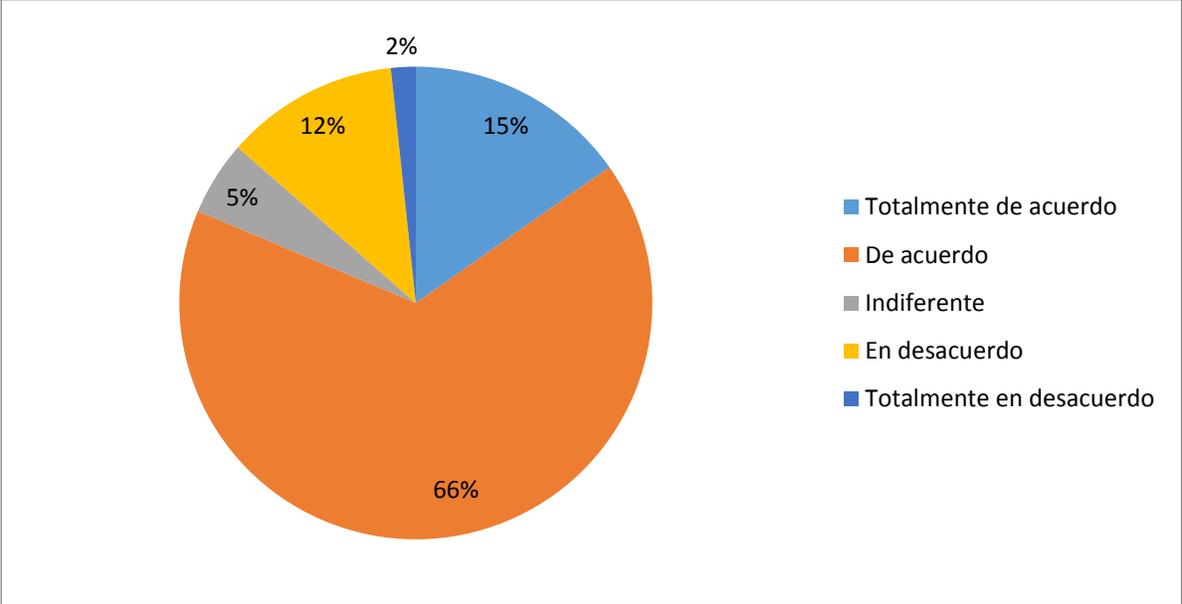


POSTCHARLA

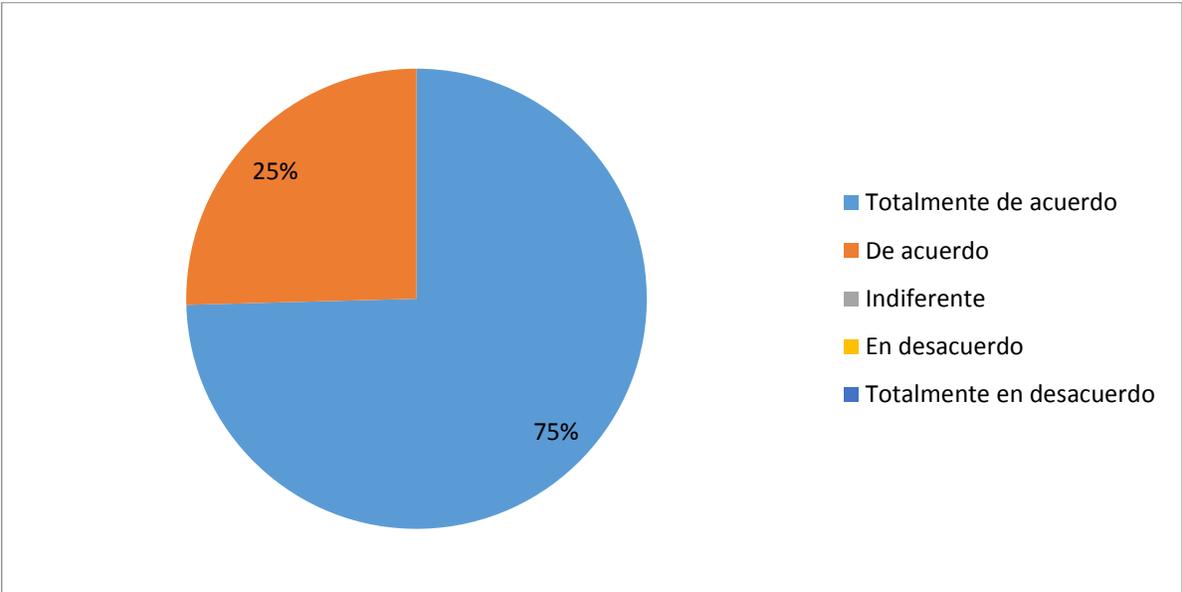


6. ...la diabetes tipo 2 es una enfermedad muy seria (grave).

BASAL

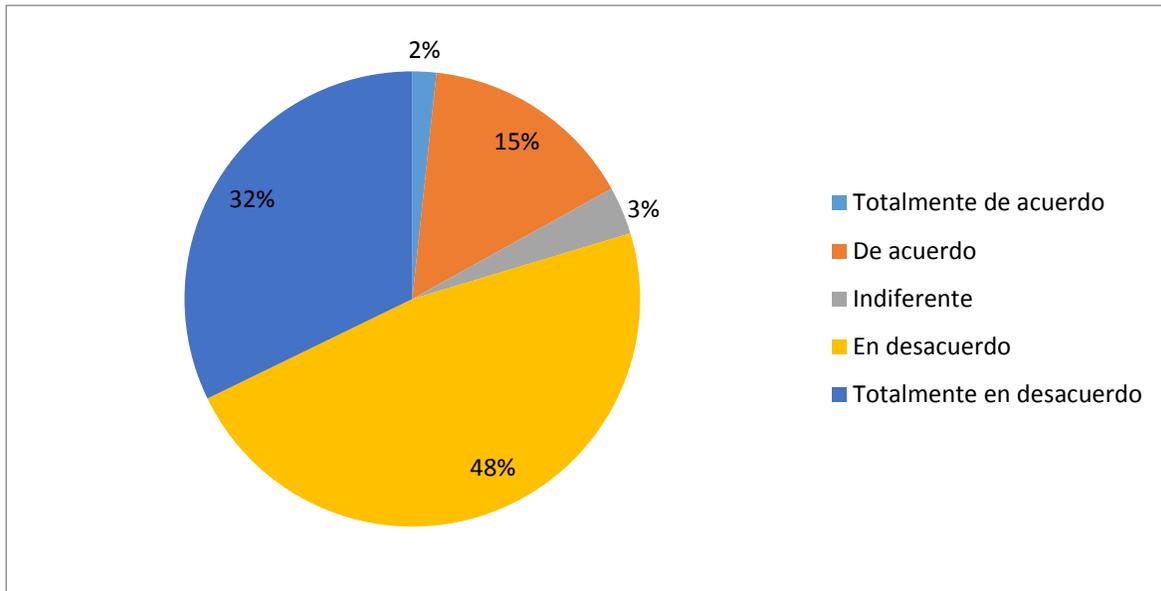


POSTCHARLA

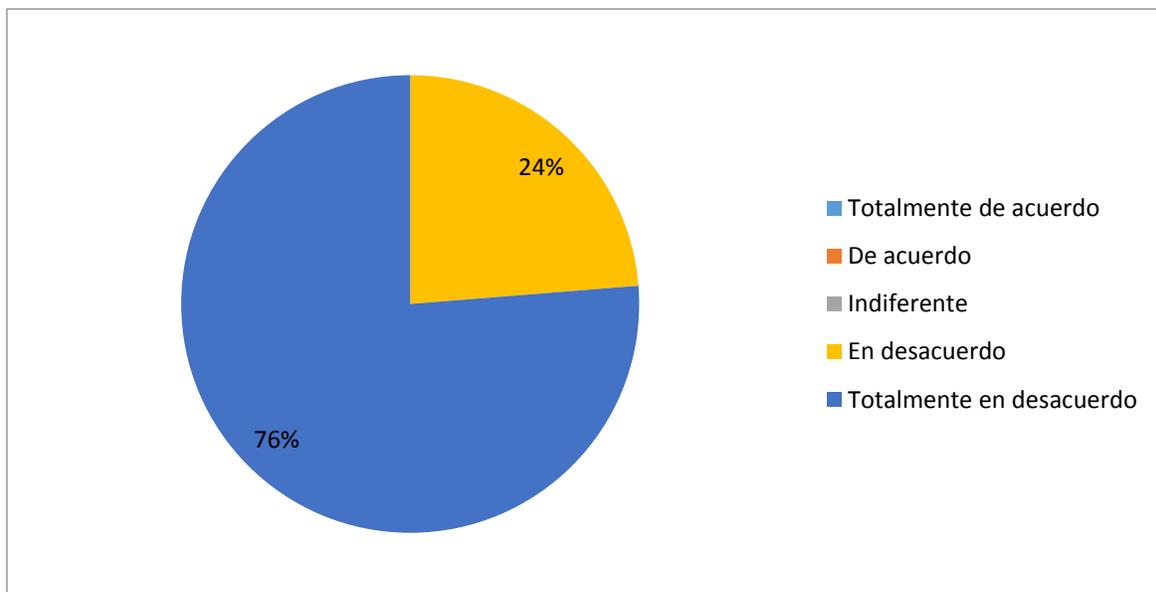


7. ...no tiene mucho sentido pretender un buen control del nivel de azúcar en sangre porque de todas formas aparecerán complicaciones de la diabetes.

BASAL

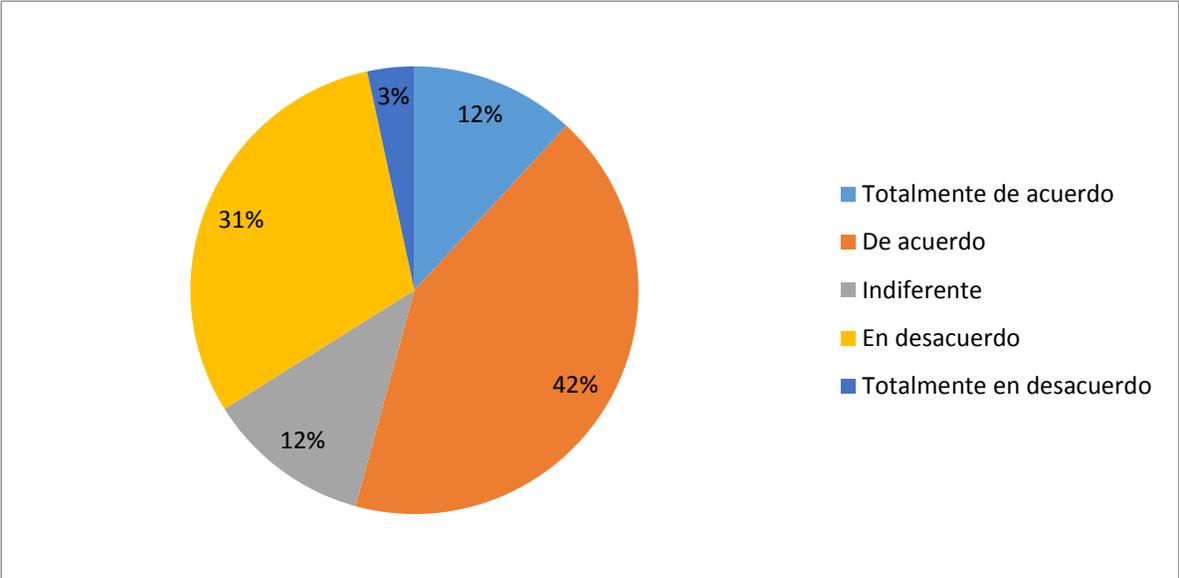


POSTCHARLA

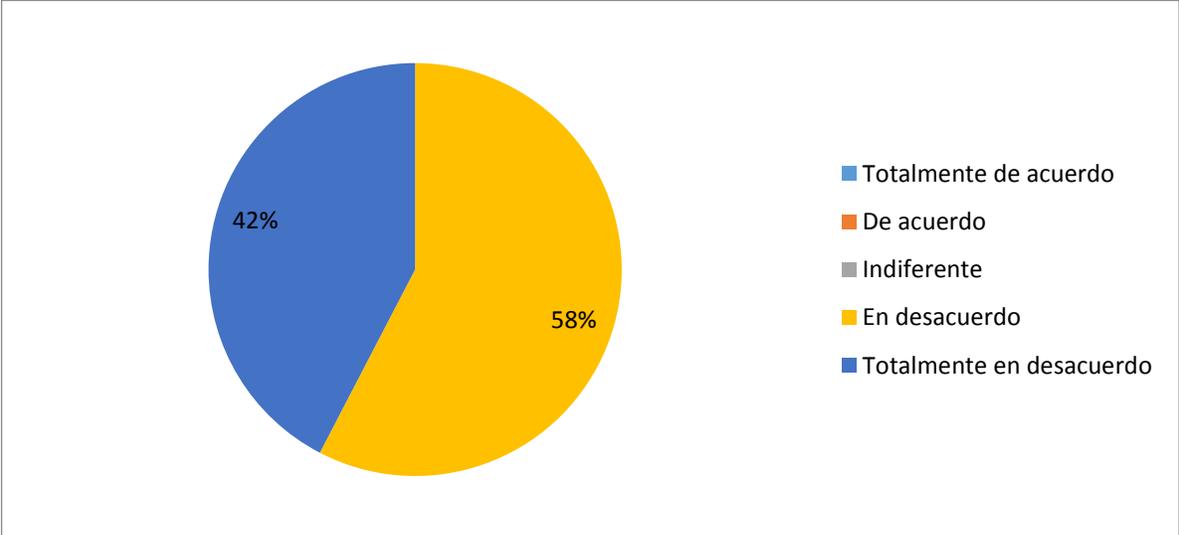


8. ...los problemas derivados de reacciones debidas a nivel bajos de azúcar en sangre (hipoglicemia) hacen que un control estricto sea demasiado arriesgado para la mayoría de los pacientes.

BASAL

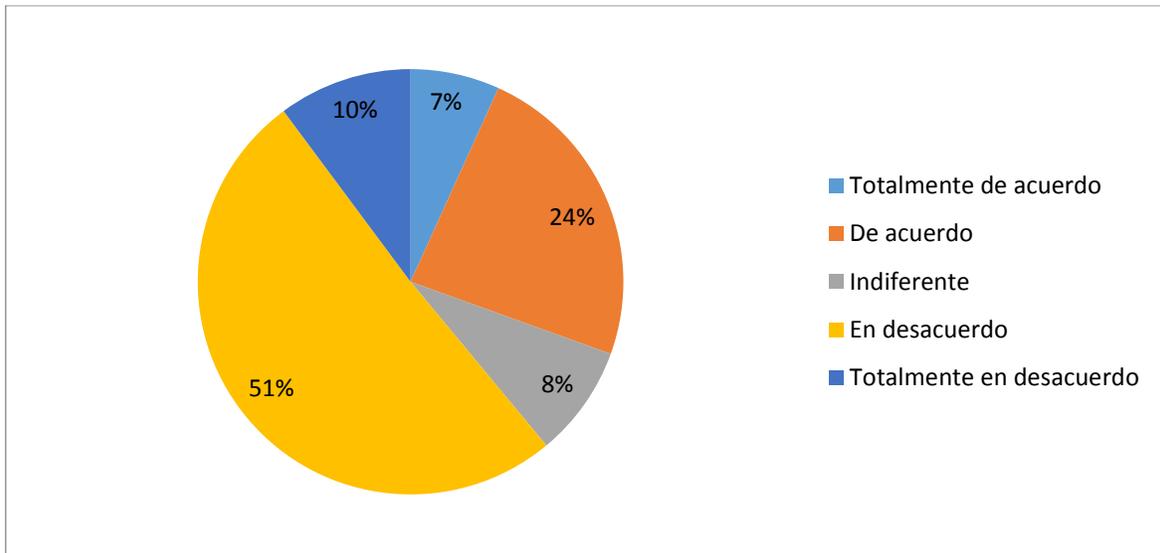


POSTCHARLA

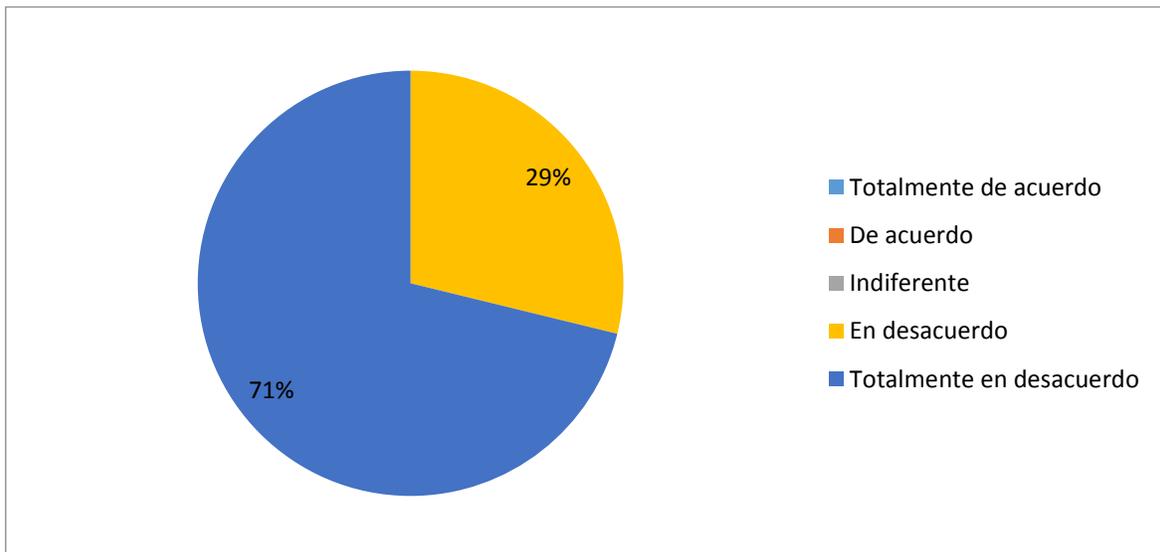


9. ...las personas con diabetes tipo 2 probablemente no obtendrán mucho beneficio de un estricto control de sus niveles de azúcar en sangre.

BASAL

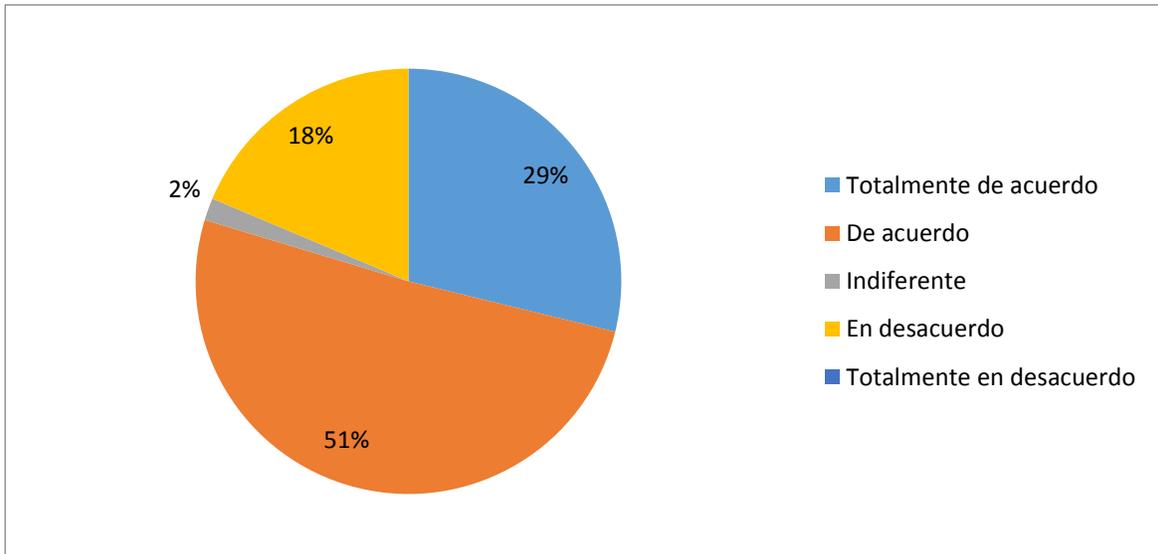


POSTCHARLA

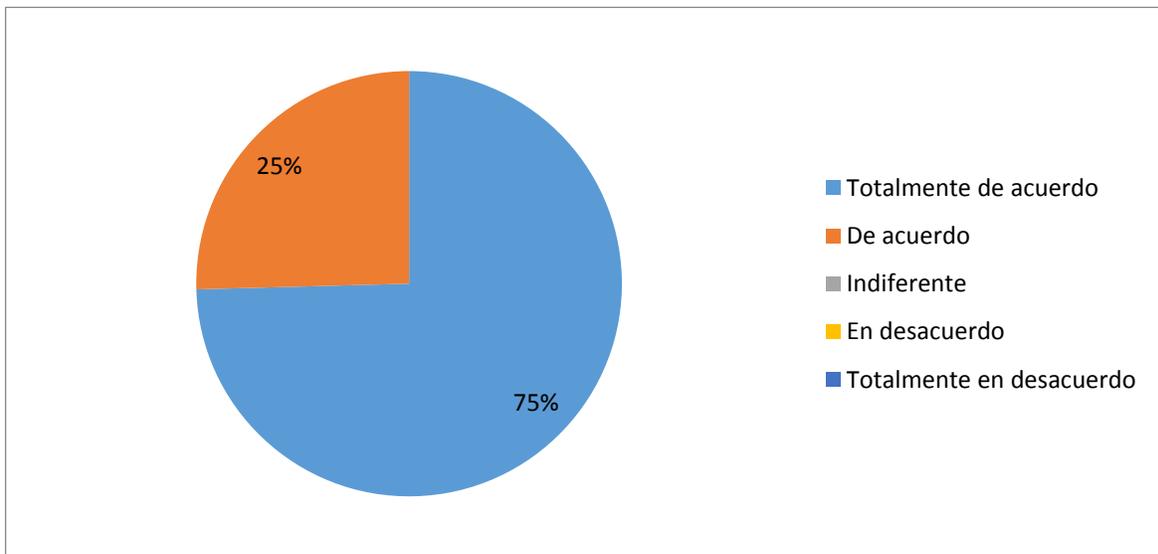


10...la diabetes afecta a casi todos los aspectos de la vida de un diabético.

BASAL

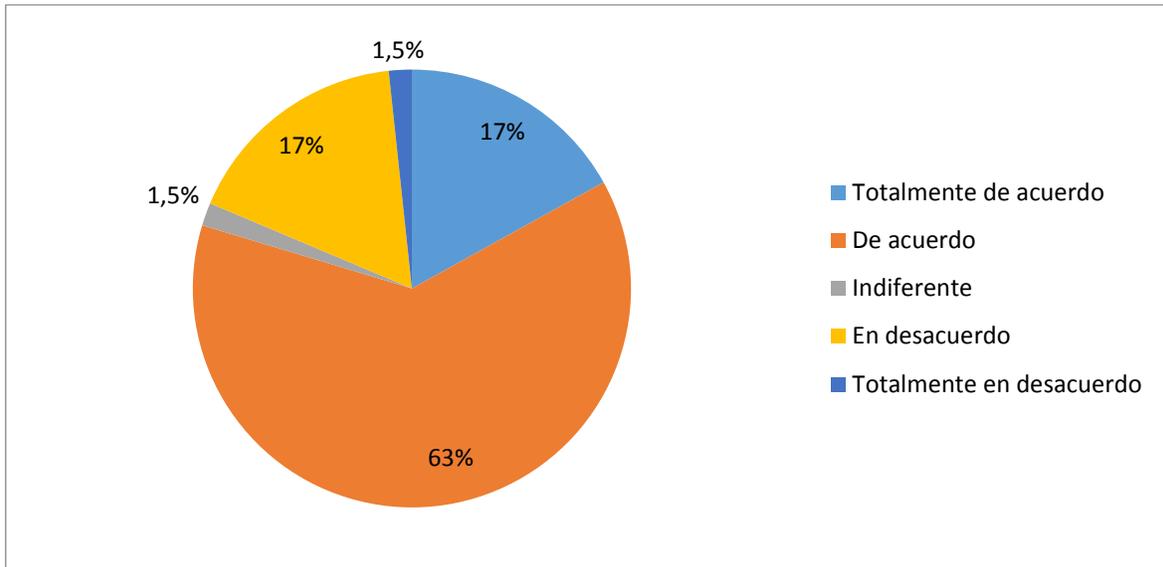


POSTCHARLA

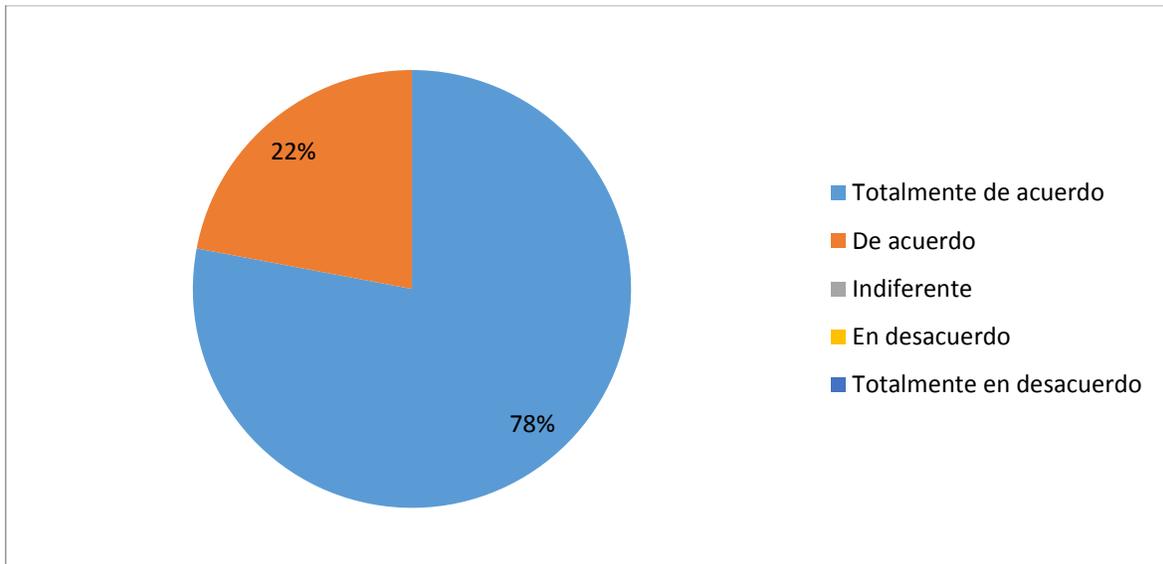


11....la diabetes es “dura” porque nunca puedes despreocuparte de ella.

BASAL

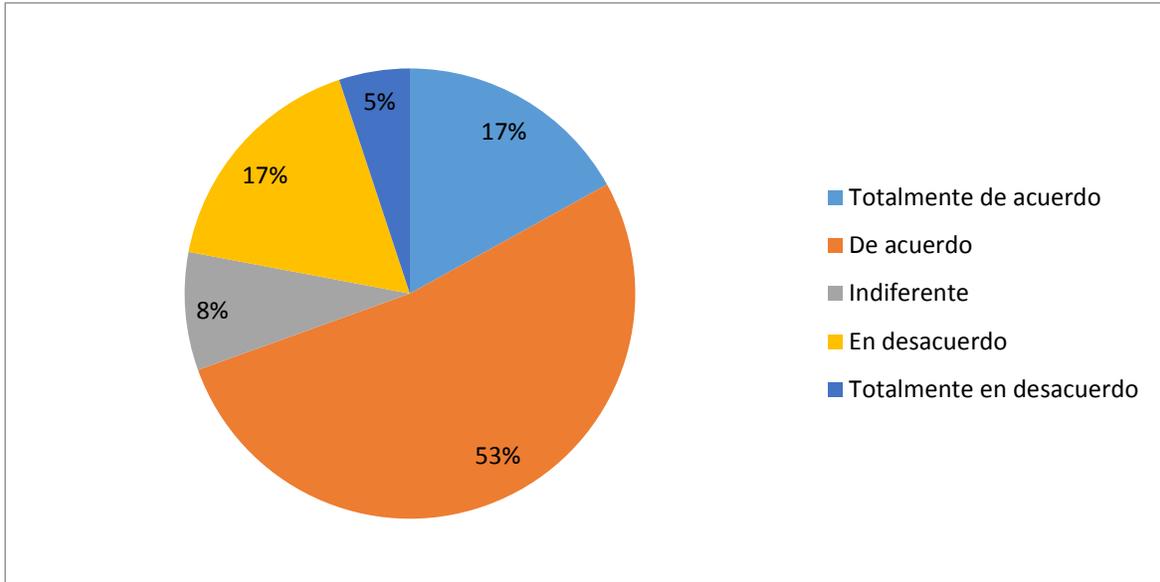


POSTCHARLA

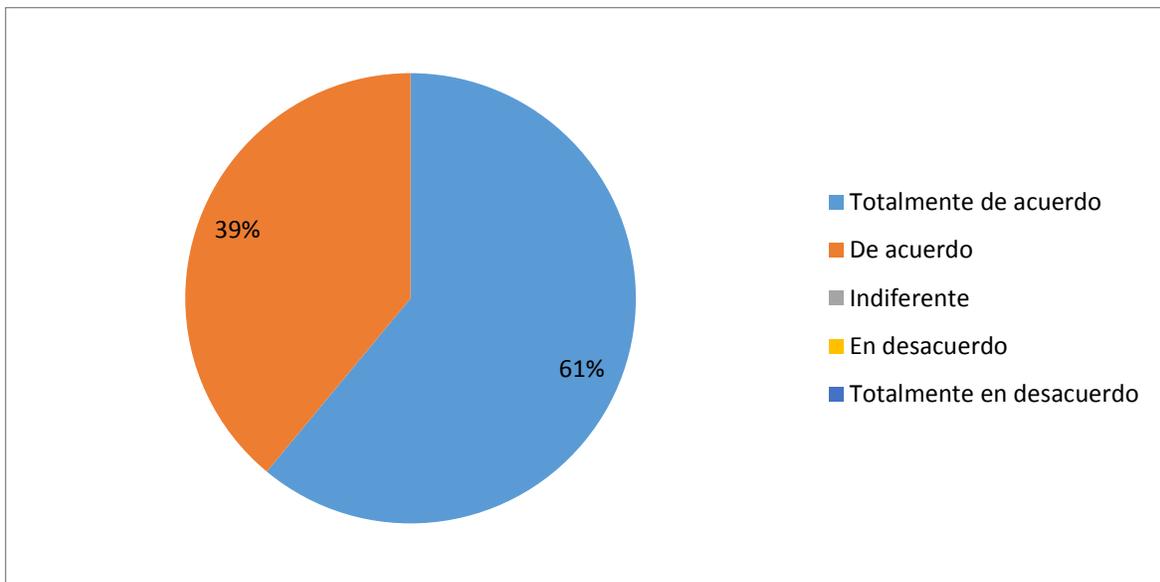


12...para los diabéticos es frustrante ocuparse de su enfermedad.

BASAL

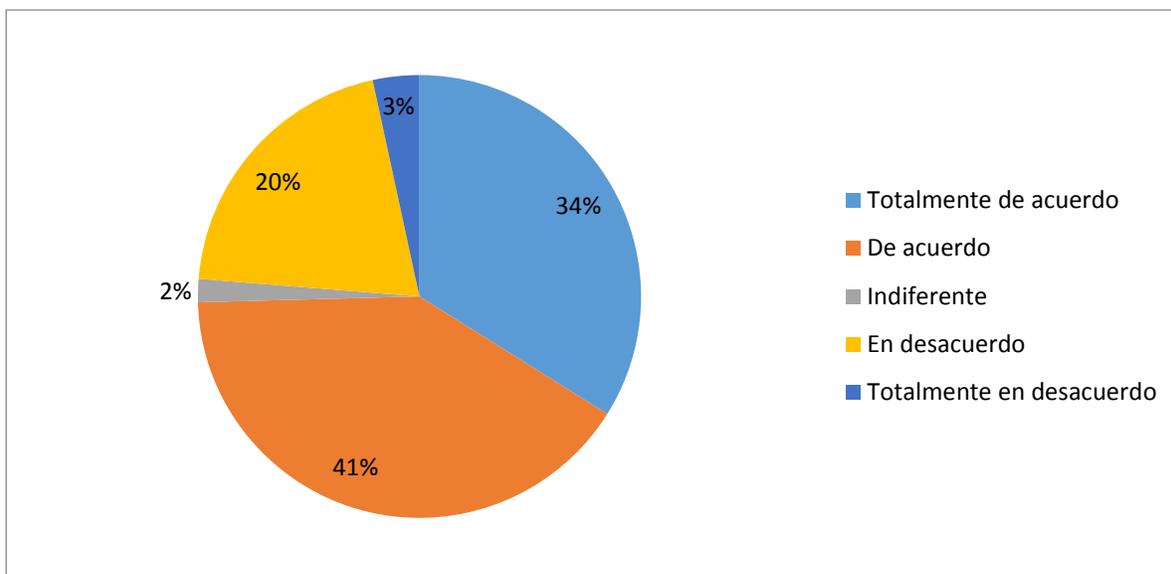


POSTCHARLA

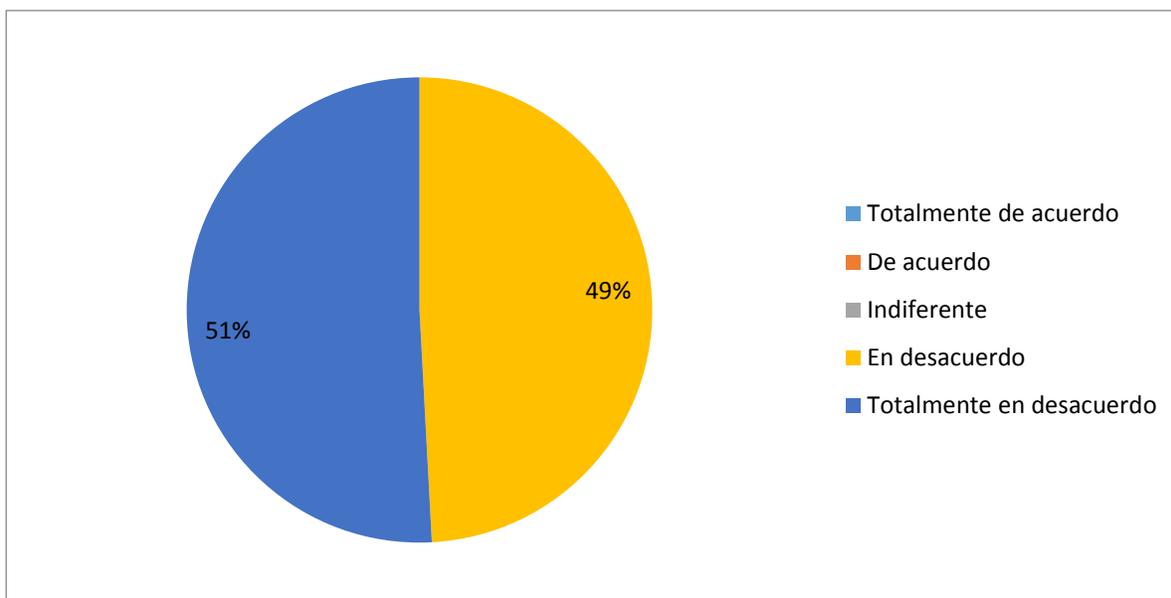


13....las decisiones importantes del cuidado diario de la diabetes deberían tomarse por la persona que la padece.

BASAL

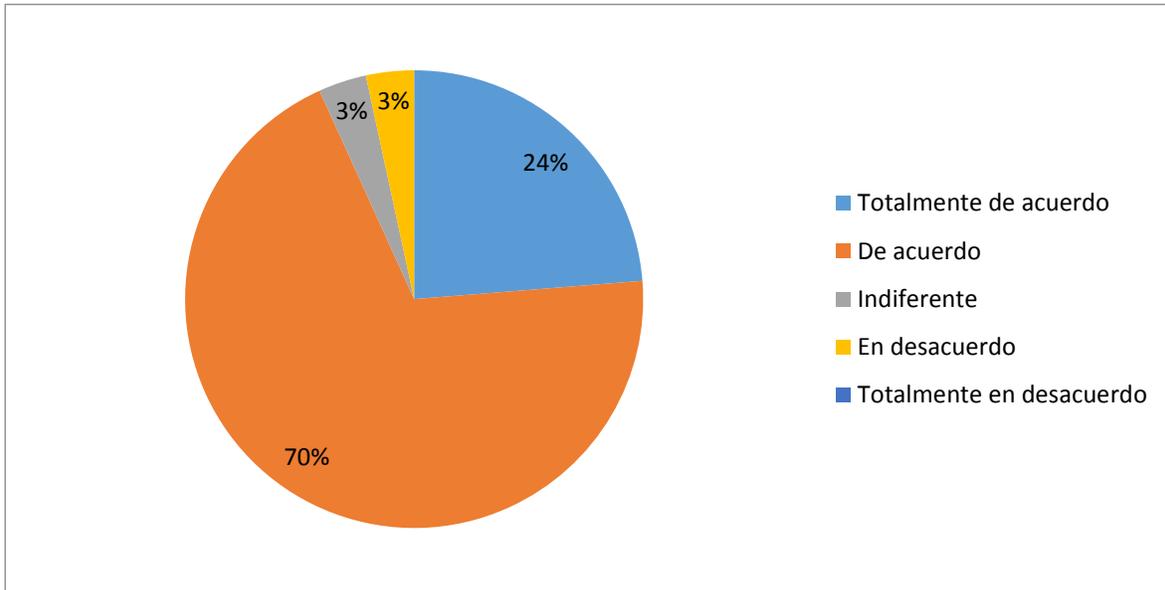


POSTCHARLA

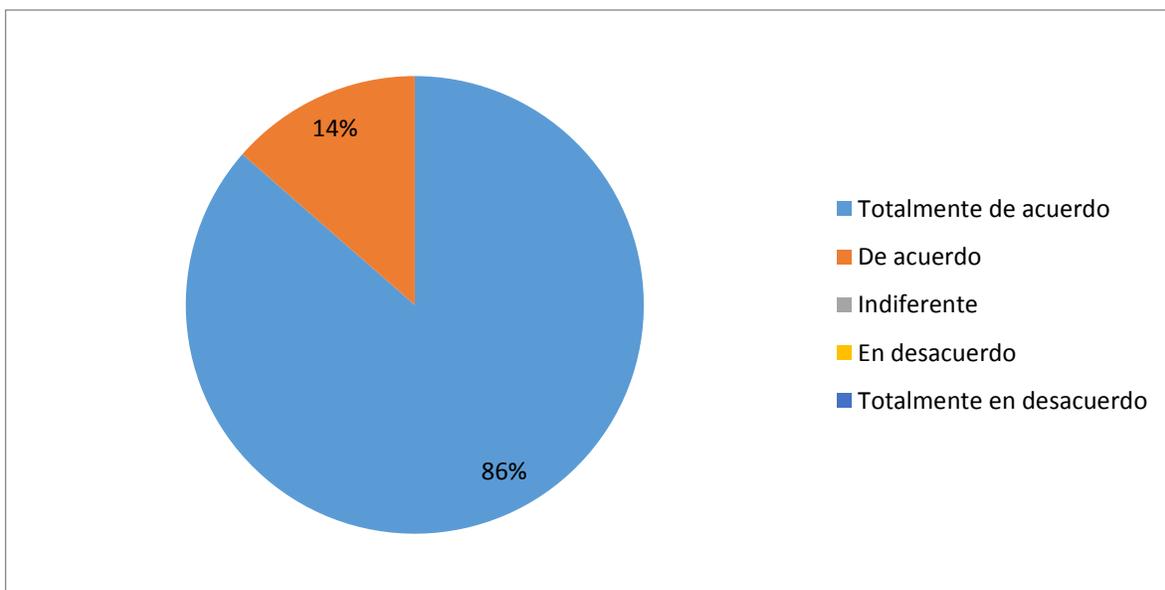


14....la persona diabética es el elemento más importante del equipo de cuidado de esta enfermedad.

BASAL

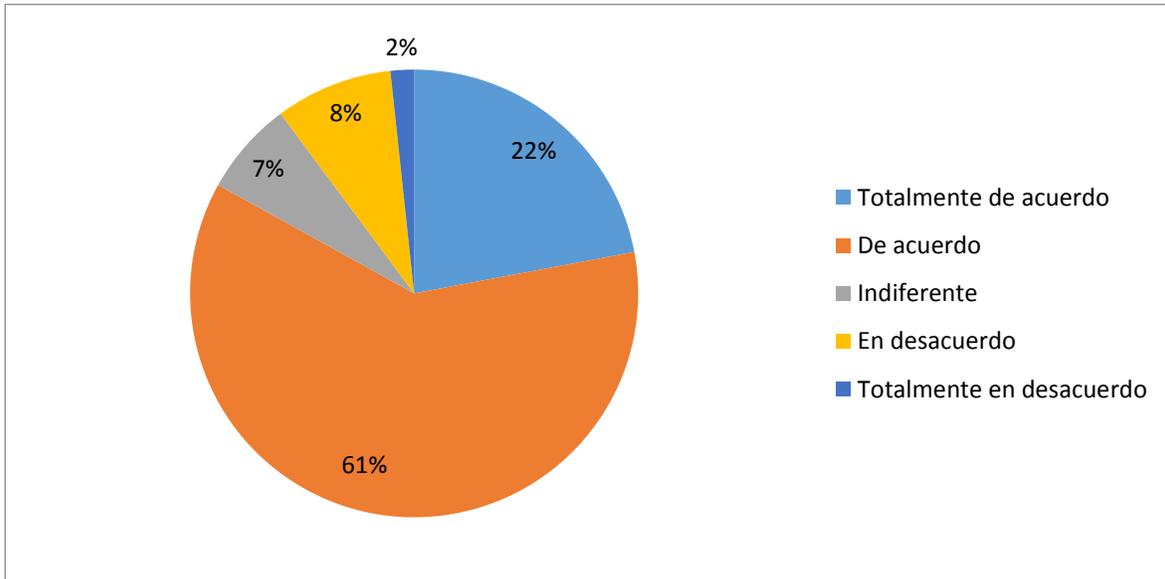


POSTCHARLA

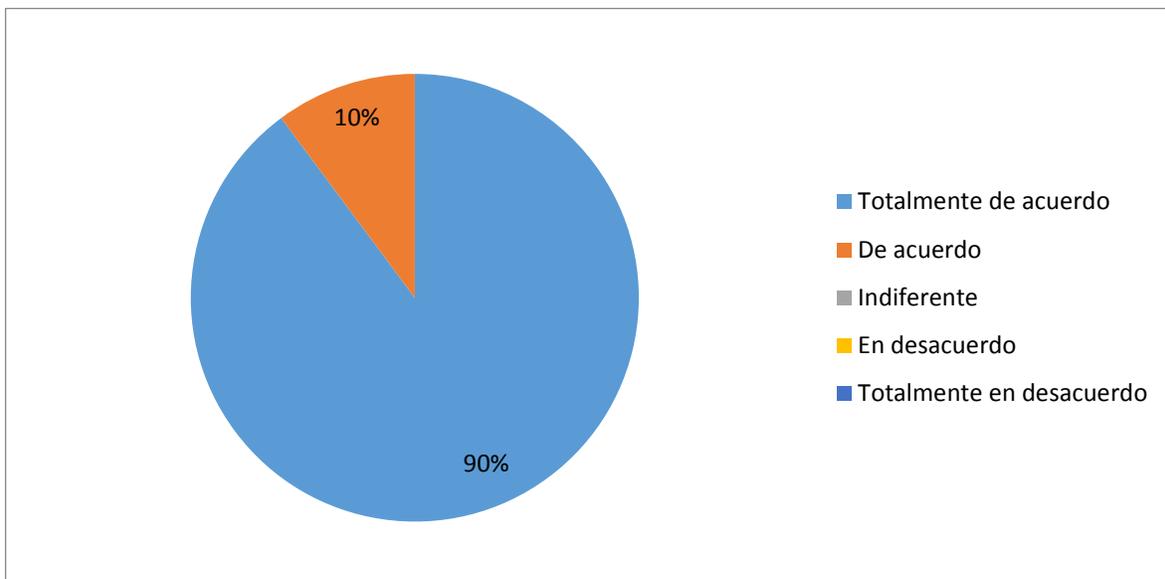


15....lo que el paciente hace tiene más impacto sobre el resultado del cuidado de la diabetes que cualquier cosa que haga un profesional de la salud.

BASAL



POSTCHARLA



ANEXO 7

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA
¿Cuál es el impacto de las charlas educativas de diabetes mellitus tipo 2 en las actitudes del personal del Centro de Salud de Pativilca - Lima 2016?	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar el impacto de las charlas educativas sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en las actitudes del personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016. <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar las actitudes en relación a la 	<p>VARIABLES</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Impacto de las charlas educativas de diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Actitudes en función de DM-2. Personal del Centro de Salud de Pativilca - Lima 2016.</p>	<p>Es un estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo, longitudinal.</p> <p>Realizado a través de una encuesta llamada DAS-3sp (Diabetes Attitude Scale – tercera versión).</p>	<p>POBLACIÓN</p> <p>Se registró a los 59 trabajadores del Centro de Salud del distrito de Pativilca y sus anexos (Médicos Generales, enfermeras, obstetricias, nutricionistas, asistente social, técnicos de enfermería, odontólogos, psicólogo, personal administrativo y portero).</p>

	<p>DM-2 en el personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016 previo a la charla educativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las actitudes en relación a la DM-2 en el personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016 posterior a la charla educativa. • Identificar y comparar las actitudes en función de la 			<p>MUESTRA</p> <p>Se encuestará a las 59 trabajadores del personal de salud.</p>
--	--	--	--	---

	DM-2 alcanzado por el personal del Centro de Salud del distrito de Pativilca-Lima 2016 posterior a la realización de las charlas educativas.			
--	--	--	--	--