



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL GENERAL ZONA N° 1
IMSS AGUASCALIENTES**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIABETES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2
ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7, AGUASCALIENTES
DELEGACION AGUASCALIENTES.”**

TESIS

POR:

ALEJANDRA MAETZI CRUZ REYES

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR**

**MÉDICO ASESOR:
DRA. ERIKA LORENA VEGA SILVA**

AGUASCALIENTES, A 8 DE MAYO 2023

CARTAS APROBACIÓN



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 01/03/24

NOMBRE: CRUZ REYES ALEJANDRA MAETZI **ID** 310318

ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR **LGAC (del posgrado):** ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: () Tesis () Trabajo práctico

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIABETES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7, AGUASCALIENTES DELEGACION AGUASCALIENTES

TITULO:

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): IMPULSO A LA EDUCACIÓN PARA SALUD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
- SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
- SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
- SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
- SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
- SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
- SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
- NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
- SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
- SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
- SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
- SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
- SI Coincide con el título y objetivo registrado
- SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
- NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí X
No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:


MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:


DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101.
H. GRAL. ZONA NUM. 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038
Registro COMBIOÉTICA COMBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Jueves, 21 de abril de 2022

Dra. ERIKA LORENA VEGA SILVA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIABETES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7, AGUASCALIENTES.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O:**

Número de Registro Institucional
R-2022-101-010

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

M.E. MA DEL CARMEN BONILLA RODRIGUEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, A 8 DE MAYO DE 2023

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. ALEJANDRA MAETZI CRUZ REYES

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

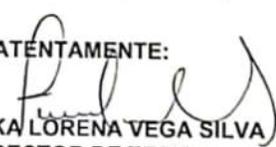
**"NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIABETES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2
ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7, AGUASCALIENTES
DELEGACION AGUASCALIENTES"**

Número de Registro: R-2022-101-010 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

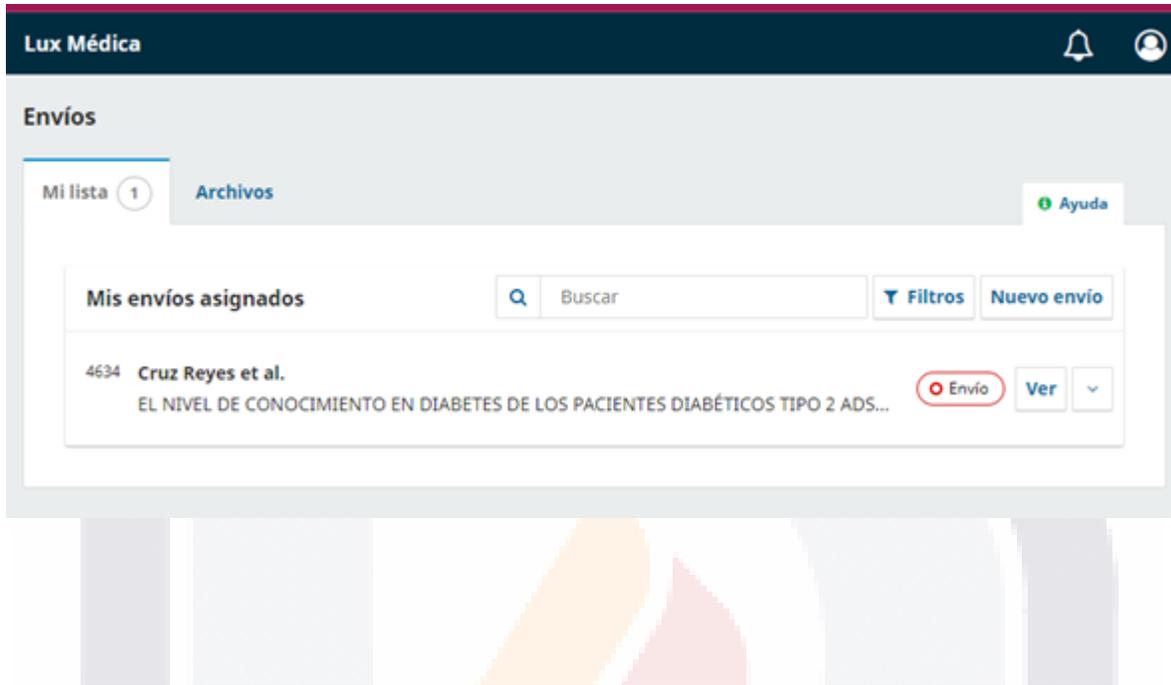
El Dr. **Alejandra Maetzi Cruz Reyes** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los tramite correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:


DRA. ERIKA LÓRENA VEGA SILVA
DIRECTOR DE TESIS

Dictamen de Aprobado CLIES 101

PUBLICACION



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, le agradezco a mi papá, mi hijo, mis hermanas y mi cuñado, mi familia que me han otorgado el apoyo incondicional que siempre he necesitado. A Francisco por apoyarme en cada paso desde el día número uno, empuje para seguir adelante contra cada reto. Todos ellos me han impulsado a perseguir mis metas y nunca renunciar a ellas y enfrentar la adversidad.

Con agradecimiento profundo a mi tutora la Dra. Erika Vega por su apoyo, enseñanza y paciencia, sin su dedicación e interés no hubiera llegado a terminar esta etapa. Agradezco sus consejos.

Mi coordinadora Dra. Virginia Aguilar que ha formado parte del camino en esta residencia, le quiero agradecer por todo el apoyo en todos esos momentos difíciles y todo su cariño, por toda la complicidad, las risas, sin mencionar los conocimientos necesarios para hoy poder estar aquí.

A mis compañeros y amigos de guardia Nubia, Sam y Alex que se convirtieron en cómplices. Gracias por el gran apoyo, enseñanzas, clases, la diversión y todas las guardias realizadas en conjunto, los quiero mucho.

INDICE

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | INDICE DE TABLAS..... | 2 |
| 2. | ACRONIMOS | 3 |
| 3. | INVESTIGADOR | 4 |
| 4. | RESUMEN | 5 |
| 5. | ABSTRACT | 6 |
| 6. | INTRODUCCIÓN | 7 |
| 7. | MARCO TEÓRICO | 8 |
| | 7.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS..... | 8 |
| | 7.2 LA TEORIA SOBRE CONOCIMIENTO | 11 |
| | 7.3 CONOCIMIENTO EN DIABETES..... | 13 |
| | 7.4 CONOCIMIENTO SOBRE EL CONTROL DE GLICEMIA..... | 17 |
| | 7.5CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES..... | 18 |
| 8. | MARCO CONCEPTUAL | 19 |
| 9. | JUSTIFICACIÓN..... | 21 |
| 10. | PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA..... | 23 |
| | 10.1OBJETIVOS..... | 25 |
| | 10.2HIPÓTESIS DE ESTUDIO | 25 |
| 11. | MÉTODOS Y MATERIAL..... | 26 |
| | 11.1 CRITERIOS..... | 26 |
| | 11.2 INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS | 29 |
| | 11.3 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS | 31 |
| 12. | ASPECTOS ÉTICOS | 32 |
| 13. | RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD..... | 33 |
| 14. | CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES | 34 |
| 15. | RESULTADO | 35 |
| 16. | DISCUSIÓN..... | 43 |
| 17. | CONCLUSIONES..... | 45 |
| 18. | PROPUESTA DE MEJORA..... | 45 |
| 19. | GLOSARIO..... | 46 |
| 20. | BIBLIOGRAFÍA..... | 47 |
| 21. | ANEXOS | 54 |
| | A.OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES | 54 |
| | B.INSTUMENTO RECOLECCION DATOS..... | 56 |
| | C.MANUAL OPERACIONAL | 57 |

1. INDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Porcentaje de genero los sujetos en la muestra estudiada.....35
 Tabla 2.- Porcentaje de ítems correctos.....38
 Tabla 3. Conocimientos control glucémico.....39
 Tabla 4. Resultado de Diabetes es curable.....40
 Tabla 5. Porcentaje de neuropatías en pacientes.....41
 Tabla 6. Señales de hiperglucemia.....42

INDICE DE GRAFICAS

Grafica 1. Tiempo de diagnóstico y porcentajes encuestadas.....35
 Grafica 2. Número y porcentaje de participantes con calificación aceptable.....36
 Grafica 3. Porcentajes por categoría.....37
 Grafica 4. Puntaje Categoría Conocimientos Básicos.....38
 Grafica 5. Puntaje Categoría Control Glucémico.....39
 Grafica 6. Puntaje Categoría Prevención.....40
 Grafica 7. Porcentaje Mala circulación.....41
 Grafica 8. Porcentaje de conocimiento en curación de heridas.....42

2. ACRONIMOS

ADA: Asociación Americana de Diabetes

CAD: Cetoacidosis Diabética

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

DKQ 24 : Diabetes Knowledge Questionaire, instrumento de 24 reactivos

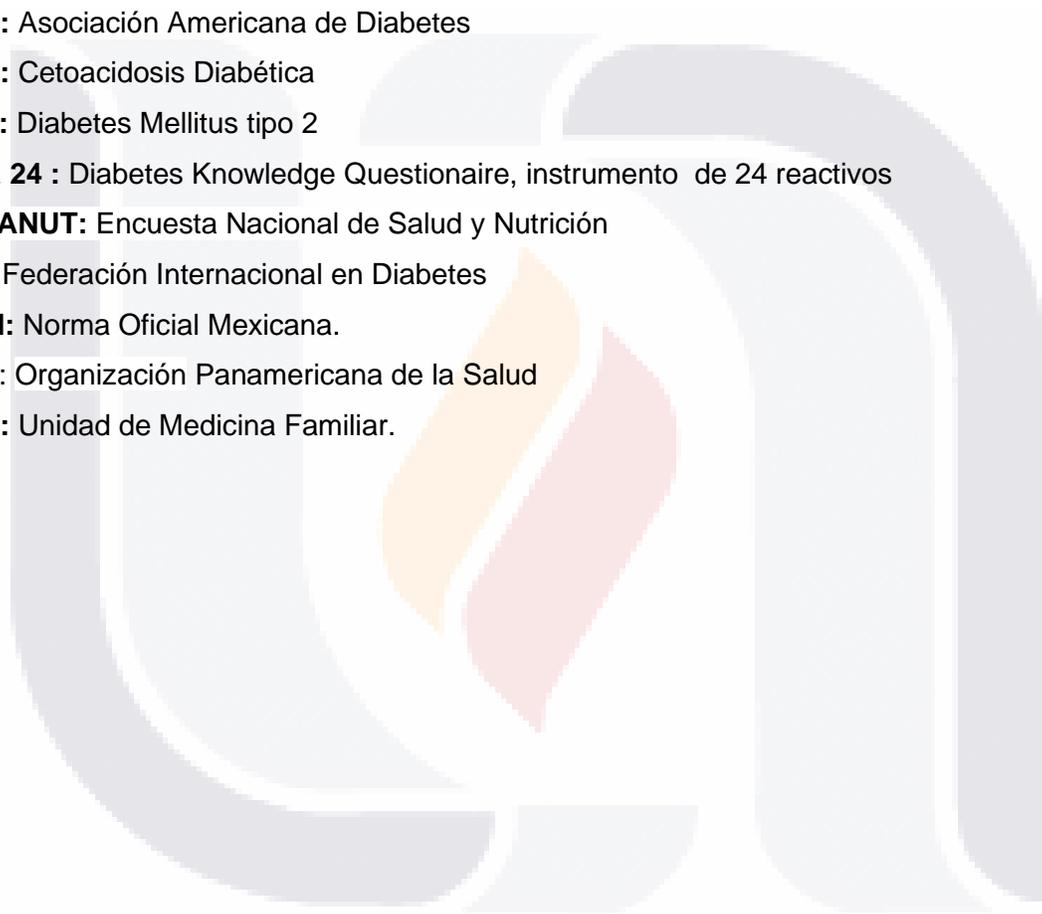
ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

FID: Federación Internacional en Diabetes

NOM: Norma Oficial Mexicana.

OPS: Organización Panamericana de la Salud

UMF: Unidad de Medicina Familiar.



3. INVESTIGADOR

Investigadora inicial.

Doctora: Erika Lorena Vega Silva

Lugar de adscripción: UMF No. 7, OOAD Aguascalientes.

Lugar de trabajo: UMF No. 7.

Ubicación: Av. Aguascalientes No. 603, Colonia San Marcos, C.P. 20070.

Celular: 44-91-64-38-97

Correo : evega3606@gmail.com

Investigadora asociada.

Residente: Alejandra Maetzi Cruz Reyes

Lugar de adscripción: HGZ No. 1, OOAD Aguascalientes.

Lugar de trabajo: UMF No. 7.

Domicilio: Avenida José Ma. Chávez No. 1202, Colonia Lindavista, C.P. 20270, Ags.

Teléfono: 99-31-72-88-99

Correo: amcr1709@gmail.com



4. RESUMEN

Título: Nivel de conocimiento en diabetes de los pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la Clínica no. 7, Aguascalientes. **Introducción:** La DM se considera actualmente la enfermedad con mayor impacto para la salud pública, siendo causa principal de mortalidad en México, y sus innumerables secuelas se consideran entre los primeros cinco motivos de ingreso al hospital. Pascacio-Vera y col. (2016) realizó una encuesta para determinar el nivel de conocimiento de DM. en las personas con esta patología, se usó el cuestionario (DKQ24) Diabetes Knowledge Questionnaire en personas con diabetes, realizado para dos comunidades de Tabasco y se determinó que efectivamente existía relación del conocimiento acerca de su enfermedad y el apego a los tratamientos, lo cual fue corroborado mediante la prueba. **Objetivo:** Estipular el grado de información en dm que poseen las personas diabéticas adscritos a la UMF # 7, de Ags. **Material y métodos:** Realizamos una investigación observacional de corte transversal, descriptivo, en el que se incluyeron a 370 personas con DM2 en la UMF 7 de Ags. En la recopilación de datos se usó el cuestionario DKQ24. Para el análisis se capturaron los resultados en un Excel, se realizó un análisis en el PECS versión 21. **Resultados:** Se realizó encuesta a 370 personas las cuales cumplían los criterios de selección. Con resultado del 73.5% (n=272) femeninos y el 26.5% (n=98) masculinos. Solamente el 0.5% alcanzaron un nivel favorable de conocimientos. En conocimientos básico sobre la diabetes con un 59.2% (n=219) igual a un nivel intermedio y el adecuado con 1.6% (n=6). En la categoría de conocimientos de la prevención el 66.8% (n=247) son inadecuados y solo el 2.4% (n=9) son adecuados. **Conclusión:** El servicio de medicina familiar del Ags 7 calificó como moderado el entendimiento que poseían los pacientes sobre su padecimiento. Se debe tener en cuenta que esta herramienta de evaluación permite darse cuenta de la necesidad de educación y fortalecimiento en áreas específicas del conocimiento, pudiendo así aumentar la conciencia del paciente sobre la prevención de complicaciones y riesgos que afectan tanto al paciente como al entorno.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, conocimiento, Cuestionario de conocimiento en Diabetes.

5. ABSTRACT

Title: Level of knowledge in diabetes of type 2 diabetic patients assigned to Clinic no. 7, Aguascalientes. Introduction: DM is currently considered the disease with the greatest impact on public health, being the main cause of mortality in Mexico, and its innumerable sequelae are considered among the first five reasons for hospital admission. Pascacio-Vera et al. (2016) conducted a survey to determine the level of knowledge of DM. In people with this pathology, the questionnaire (DKQ24) Diabetes Knowledge Questionnaire was used in people with diabetes, carried out for two communities in Tabasco and it was determined that there was indeed a relationship between knowledge about their disease and adherence to treatments, which was corroborated by testing. Objective: To stipulate the degree of information in DM that diabetic people assigned to the UMF # 7, of Ags have. Material and methods: We carried out a descriptive, cross-sectional observational research, in which 370 people with DM2 were included in the UMF 7 of Ags. The DKQ24 questionnaire was used in data collection. For the analysis, the results were captured in an Excel, an analysis was carried out in PECS version 21. Results: A survey was carried out with 370 people who met the selection criteria. With a result of 73.5% (n=272) female and 26.5% (n=98) male. Only 0.5% reached a favorable level of knowledge. In basic knowledge about diabetes with 59.2% (n=219) equal to an intermediate level and adequate with 1.6% (n=6). In the prevention knowledge category, 66.8% (n=247) are inadequate and only 2.4% (n=9) are adequate. CONCLUSION: The family medicine service of Ags 7 rated the understanding that patients had about their condition as moderate. It should be taken into account that this evaluation tool allows us to realize the need for education and strengthening in specific areas of knowledge, thus increasing the patient's awareness of the prevention of complications and risks that affect both the patient and the environment.

Keywords: Diabetes Mellitus, knowledge, Diabetes Knowledge Questionnaire.

6. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se calcula que el 9.3% de los adultos de entre 20 y 79 años tienen diabetes, lo que corresponde a 463 millones de personas.¹ La diabetes tipo 2 es una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal crónica y amputaciones no traumáticas, y es una de las 10 causas más frecuentes de hospitalización en adultos. Además, aumenta el riesgo de sufrir infarto al miocardio o cerebral y explica el 30% de la mortalidad general.^{2,3} La DM es una enfermedad caracterizada por hiperglucemia crónica causada por una secreción insuficiente de insulina, falta de acción de la insulina o ambas. Por lo tanto, la hiperglucemia persistente en un individuo puede ser causada por cambios en la insulina, generalmente asociados con una secreción reducida o alterada.⁴ La diabetes tipo 2 se asocia con una disminución de la secreción de insulina debido a la inflamación y el metabolismo, incluidos los factores genéticos. Interfiere con la capacidad del cuerpo para regular y usar la glucosa como energía. Esta enfermedad crónica aumenta la circulación de glucosa en el sistema. Los parámetros hiperglucémicos pueden causar trastornos de la circulación sanguínea, del sistema nervioso y del sistema inmunitario.⁵

El conocimiento es visto como un proceso gradual e incremental que los humanos desarrollan para comprender a los individuos y las especies. También se puede definir como un campo de conocimiento que estudia el conocimiento humano desde una perspectiva científica.⁶ Los principales objetivos del tratamiento del paciente dependen del conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y sus familiares. La educación de los pacientes diabéticos es fundamental para optimizar el control metabólico, prevenir el desarrollo paulatino de complicaciones agudas y crónicas y mejorar la calidad de vida del paciente. Se sabe poco sobre el conocimiento, las creencias y las prácticas sobre la diabetes.⁷ Comprender que el control de la glucosa en la sangre y una dieta saludable pueden ayudar con la prevención y el tratamiento. Gran parte de la literatura científica reconoce que el conocimiento que obtienen los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento puede guiar sus acciones conscientes y promover un comportamiento adecuado para satisfacer sus necesidades de tratamiento.⁸

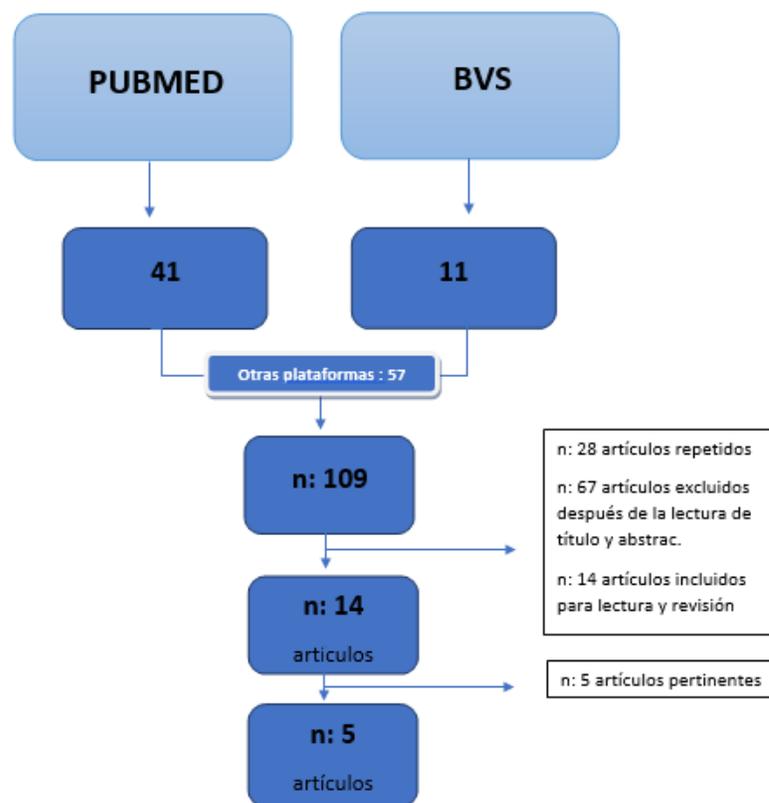
7. MARCO TEÓRICO

7.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La búsqueda se realizó por la plataforma PUBMED con los siguientes descriptores: Knowledge, Diabetes Mellitus, Type 2 diabetes, DM, DM2, Diabetes Mellitus Type 2 y con los sinónimos: Learning, Epistemology, Stable Diabetes Mellitus, obteniendo 41 artículos de los cuales se realizó revisión completa, obteniendo que 5 de ellos fueron de interés, pero ninguno fue pertinente para el estudio.

De igual manera se realizó búsqueda en la plataforma BVS con los descriptores: conocimiento, aprendizaje, diabetes mellitus y con sinónimos: epistemología, unidad de conocimiento, diabetes tipo 2, DM2, diabetes mellitus estable, diabetes mellitus no insulino dependiente, diabetes mellitus tipo 2, obteniendo 279 artículos, de los cuales se realizó revisión completa y solo se obtuvieron 11 artículos de interés, de ellos solo 2 fueron pertinentes para el presente estudio.

De igual manera se realizó búsqueda en diversas plataformas como ScienceDirec, SciELO, Redalyc con los descriptores: conocimiento, aprendizaje, diabetes mellitus y con sinónimos: unidad de conocimiento, diabetes mellitus 2, diabetes mellitus estable, diabetes tipo 2, diabetes mellitus no insulino dependiente , con un total de 57 artículos, se realizó revisión completa, y solo se obtuvieron 9 artículos de interés, solo 3 fueron pertinentes para el presente estudio.



Gómez-E y Cols. Hicieron una investigación de conocimientos con el que cuentan los pacientes derechohabientes del seguro social con DM 2 sobre la enfermedad. Fue un estudio transversal y descriptivo, con pacientes ya diagnosticados previamente con dm 2 durante la consulta en la UMF No.39 del IMSS, en el estado de Tabasco. Donde participaron 97 personas de las cuales predominaron el grupo de 56-65 años, predominó la primaria como escolaridad del paciente con el 46.4%. El resultado de 64.9% de las personas evaluadas tenían un adecuado porcentaje de conocimientos, con predominio en la población del sexo femenino con 61.9%, en el rubro sobre conocimientos del control de glucosa fue en un 63.9% y sobre la prevención de su enfermedad el 89.7% ambas adecuadas. En escolaridad, predominó primaria y se observó que la escolaridad no influye en el conocimiento del paciente. Sin embargo, el tiempo de diagnóstico y evolución de la patología que presentan los pacientes, si afecta y esto nos indica que los conocimientos sobre su enfermedad si evoluciona con el paso de los años.⁹

Casanova, K y Cols. Evaluaron los conocimientos con los que cuentan los pacientes con diabetes sobre su patología. Esta investigación se analizó a la población que acudía a su servicio médico durante 6 meses. Se realizó una investigación descriptiva, con 150 pacientes, a quienes se realizó una encuesta para evaluar el conocimiento en diabetes, con la encuesta DKQ 24. Este presentó una confiabilidad de Crombrah. En los resultados existió un predominio

en pacientes del género femenino mayores a 65 años, con un resultado del 71.6%. Se obtuvo mayor frecuencia en un 80% en las preguntas sobre la elevación de la glucosa. Por otra parte, se observó que el resultado del 80% se relacionaba con preguntas sobre la sintomatología de su padecimiento, también se encontró que en una pregunta sobre el consumo de abundantes azúcares para ser causa de la diabetes, el resultado obtenido fue 83,3% pacientes que respondieron erróneamente. En la conclusión de este estudio se llegó a la conclusión que la población no es debidamente informada sobre su salud; Se hizo visible la necesidad de generar una adecuada educación en los pacientes con diabetes, que debían ser implementadas.¹⁰

Capellari C y Cols. Estudiaron el conocimiento sobre DM en personas con enfermedades crónicas con hemodiálisis y diálisis. Es un estudio transversal en 71 pacientes diagnosticados con dm en tratamiento sustitutivo renal. Se usó un instrumento Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ), el cual evaluó el conocimiento sobre su padecimiento. Se observó una edad media de 62 años (87%), 37 masculinos (58%), la mediana del tiempo de escolarización era de 5 años; y 6 pacientes (8,45%) tenían un título universitario. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de Diabetes fue entre 10 a 25 años y con ERC entre 2-8 años de evolución. En esta evaluación aplicada la puntuación obtuvo un resultado inadecuado en el 80% de los pacientes. Donde las preguntas con menor número de respuestas correctas, fueron sobre datos urinarios, síntomas de la hipoglucemia y dieta. Se llegó a la conclusión que los pacientes evaluados contaban con conocimientos insuficientes en relación a su patología de base, que la escolaridad no se relaciona con un mayor conocimiento sobre la DM ni con una actitud positiva para enfrentarla.¹¹

López Uribe N y Cols. Realizaron una investigación sobre el conocimiento que poseen los pacientes con dm 2 en la UMF No. 1 en Cuernavaca, Morelos. Se realizó estudio tipo transversal, donde evaluaron 370 pacientes previamente diagnosticados con diabetes mellitus; se usó el cuestionario DKQ 24. Al analizar los conocimientos de dm2, se estableció que 57.57% de las personas evaluadas no contaban con información básica de su enfermedad, y el 43.51% contaban con conocimientos adecuados. En las preguntas sobre las complicaciones el 73.24% tuvo un conocimiento no adecuado y en las preguntas sobre el descontrol de su glucemia se asoció con un desconocimiento sobre el padecimiento. Al término de la investigación se encontró que predominó con un 59.19% la población de pacientes del sexo femenino. Se llegó a la conclusión que las mujeres mayormente son las evaluadas en diversos estudios, lo cual se debe al interés que presentan sobre salud. Al analizar los aspectos que se evaluaron en el

questionario, solo un 53.51% reflejaba un conocimiento adecuado sobre diabetes. Esto hizo notoria la necesidad de generar la adecuada educación con el fin de atender la problemática¹²

Bustos Saldaña y Cols. Evaluaron el conocimiento en dm con los que cuentan los pacientes con esta enfermedad. Este proyecto fue de tipo descriptivo, transversal, con participación de 988 personas, que previamente contaban con diagnóstico de DM, los cuales son pacientes en los núcleos básicos urbanos y rurales en el sur de Jalisco. Inicialmente se realizó una evaluación piloto de 100 encuestados con un resultado del 27%. Para el estudio fueron evaluados los pacientes con diabetes que se encontraban en la consulta externa para el control de su padecimiento y se les aplicó el instrumento DKQ24 previo consentimiento informado. Se encontró que el 71% fueron mujeres en un promedio de edad 59 años, con una antigüedad de diagnóstico 9 años, 777 (80%) pacientes contaban con una escolaridad de primaria incompleta y solo 2 contaban con licenciatura. Como resultados de las encuestas se observó que los pacientes rurales tuvieron contestaciones adecuadas. En este estudio se llegó a la conclusión de un conocimiento precario en aspectos primordiales sobre la enfermedad; La deficiencia en conocimientos sobre la dm fue notoria en la población rural, la cual presentaba conocimientos adecuados sobre su enfermedad.¹³

7.2 LA TEORIA SOBRE CONOCIMIENTO

La teoría de conocimiento se implementa como un lenguaje ordinario, al igual que el lenguaje técnico, cuenta con diferentes sentidos. Debido a causa de una amplia diversidad de definiciones, aunque no está claramente especificado el uso, Puede dar lugar a tergiversaciones. Por ello, en el discurso que trata sobre el concepto de conocimiento, es importante aclarar qué puede significar para centrarnos en el sentido del sujeto que más nos interesa.¹⁴

El conocimiento se considera como un proceso gradual y progresivo que los humanos desarrollan para aprender acerca de los individuos y las especies. Es estudiado científicamente como "teoría del conocimiento". Su definición es el estudio de los desarrollos, métodos científicos y resultados. Puede definirse como un área o campo que estudia el conocimiento humano desde una perspectiva científica. Y la epistemología también considera el conocimiento que no es limitado a la ciencia. En la práctica, la epistemología es una ciencia que se considera

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

como la forma para poder comprender a partir del entorno personal, personal, cotidiano, que establece relaciones con las cosas, los fenómenos, los entornos y las personas.¹⁵

El conocimiento en su teoría propone tres vertientes, en la primera la epistemología plantea soluciones contrarias como el escepticismo en la cual propone dudar de las habilidades del humano para entender y alcanzar alguna certeza. y dogmáticos que sostienen que es factible saber y que solo existen verdades flagrantes o también conocidas como primitivas para lograrlo. La teoría del conocimiento también cuestiona la naturaleza del conocimiento, en la que se habla sobre cuál es la esencia del conocimiento. En esta hace referencia a que el conocimiento se acepta como el acto consciente de la persona de comprender mentalmente las propiedades. Para comprender y poder analizar la naturaleza del conocimiento, esta teoría ofrece dos aspectos. La teoría del idealismo, que reduce del conocimiento a la actividad, equiparando la realidad con lo lógico, y su opuesto, el realismo. Esto está relacionado con los hechos. Sólo conoce la existencia verdadera o real. La epistemología también cuestiona los 'medios de adquirir conocimiento'.

Esto incluye conceptualizar lo que los humanos usan para iniciar y desarrollar el conocimiento.¹⁶

En el proceso se considera que siempre corre paralelo a la cosmovisión humana y su desarrollo, y sus aspectos nunca aparecen repentinamente, y la sucesión es propiciada por la necesidad del ser humano de explicar y entender hechos o acontecimientos que suceden o por la necesidad de comprender la naturaleza de su circunstancia.¹⁷

De acuerdo con Hessen, Un sujeto es alguien que quiere saber y aprender sobre el objeto. El conocimiento proviene de la introspección que ha experimentado una relación particular con algo. Los objetos son cosas que pueden ser captadas, comprendidas y aprendidas. En este sentido, se comprende que el sujeto recibe objetos activos que son independientes de la conciencia de la persona.¹⁸

El conocimiento se considera real cuando el contenido concuerda con el objeto mencionado o la idea principal que se desea tratar, sin importar si es verdadero o falso; lo que se considera como conocimiento creado en la persona; por eso, la persona y el objeto tienen independencia.¹⁹

7.3 CONOCIMIENTO EN DIABETES

La falta de conocimientos en los pacientes recién diagnosticados o con años de enfermedad de diabetes mellitus en asociación de enfermedad, es un factor primordial para la aparición de las secuelas, discapacidad y muerte prematura. Por otro lado, durante el entrenamiento se debe considerar no solo el estado biológico, sino también los aspectos psicológicos, sociales y económicos. Los objetivos principales en el cuidado del paciente dependen del conocimiento y su habilidad para la comprensión de las personas sobre su enfermedad y las habilidades para el cuidado diario. Una adecuada educación del paciente diabético es fundamental, para optimizar el control metabólico, prevenir el desarrollo progresivo en secuelas para optimizar la vida del paciente diabético. Poco se sabe actualmente sobre el conocimiento, la ideología y los hábitos de la salud diabética. Se debe contar con programas destinados a prevenir, detectar, tratar y controlar a las personas con diabetes. Así los programas educativos interactúan directamente no sólo con las actividades de prevención, sino también con los aspectos fundamentales del estilo de vida de los diabéticos. Se debe persuadir y motivar a los pacientes con diabetes para que participen con regularidad en su atención, aunque la enfermedad pueda imponer restricciones en su vida habitual.²⁰

Los trabajadores de la salud tienen la oportunidad de difundir información e interactuar entre sí, para adquirir conocimientos sobre sus patologías, con el fin de prevenir y educar para abordar conductas emergentes productoras de salud a través del autocuidado. ayudarse unos a otros y llevar una vida sana. el medio ambiente permite la salud.²¹

En las personas con patologías crónicas, hablando específicamente de las personas con diabetes, se debería promover de primera línea el desarrollo de sus habilidades por medio de la educación, basados en el conocimiento adquirido desde la intervención médica, con el fin de responsabilizarlas por sus cuidados y la salud, independientemente de la gravedad de su enfermedad, lo ayudamos a vivir bien con su enfermedad mientras cambia y mantiene hábitos saludables.²²

Este tipo de personas representan ciertas condiciones crónicas que requieren atención permanente para optimizar el control y estilo de vida requieren el desarrollo en habilidades generales para afrontar la enfermedad.²³

Actualmente la educación y el conocimiento es un problema de salud, comprender el comportamiento, las reacciones y las acciones que los pacientes tienen y cómo es que se adaptan a un nuevo diagnóstico. Basado en eso, un claro ejemplo en un paciente que ha sido recién diagnosticado con diabetes, influye el ambiente, las normas y comportamientos derivados de las tradiciones, creencias, costumbres e historia que en conjunto moldean paulatinamente la cultura, percepciones, actitudes de atención en las enfermedades crónicas. Dentro de los factores del paciente que tienen un impacto significativo en la adherencia, son los aspectos culturales, psicológicos y el control metabólico.²⁴

Se realizó un estudio a personas con diabetes, donde se encontró que el 49% de las personas evaluadas tenían un buen nivel de autocuidado y el 14% son tolerables. Concluyó que más de 50 pacientes habían disminuido la hiperglucemia en ayunas después de realizar sesiones de entrenamiento, destacando la importancia del conocimiento de estos pacientes y, por lo tanto, el efecto del entrenamiento en el control metabólico.²⁵

Sabemos que el conocimiento de un paciente también depende de la atención médica que se brindan al paciente. Esto se debe a que la falta de autocuidado regular indica deficiencias en el proceso de atención, seguimiento y lo más importante. Una consideración en el asesoramiento la educación del paciente es que dicha atención comienza con la formación inicial, enseñanza y la motivación en salud, que el personal que atienden a los pacientes debe mantener con regularidad. Esto nos hace analizar la necesidad de implementar y mejorar la atención a todos los pacientes, para mejorar las prácticas saludables de manejo de la enfermedad, impactando no solo en la mejoría y compilación que traen los pacientes, sino también para la implementación del modelo básico de atención integral que mejore la relación entre los médicos, asistentes, enfermeras, nutriólogos, estomatólogos, trabajadores sociales y los pacientes, para que permita mejorar la educación y el conocimiento sobre la enfermedad.²⁶

La Organización Mundial de Salud asegura: una adecuada educación sanitaria es primordialmente básico para todo paciente y mejorar hábitos de vida y el control de diabetes. Es la forma con mayor eficacia para controlar el padecimiento y prevenir complicaciones.²⁷

La Asociación Americana de Diabetes resalta los objetivos primarios incluyen el educar los pacientes diabéticos de forma inicial y su entorno familiar en el momento del diagnóstico a través de la adherencia a programas previamente implementados y evaluados, y la instrucción

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sobre estándares estrictos de control glucémico en sangre. Hemoglobina glicosilada, el valor primordial para mantener metas en presión arterial, dislipidemias y el abandono tabáquico.²⁸

Un estudio realizado en Perú por el personal en los hospitales de Layzca y Cayetano en Lima, Perú, halló que el conocimiento sobre su padecimiento en pacientes diabéticos fue intermedio, se observó que el entendimiento sobre su enfermedad fue deficiente incluso después de acudir a un taller didáctico. Debido a los distintos factores sociodemográficos y culturales. La información básica sobre la patología se relacionó posterior a la aparición de secuelas; sin embargo, no cuenta con educación diabetológica y esta debería ser la principal estrategia aportada por las instituciones de salud.²⁹

Educar a los pacientes significa darles las bases y conocimientos para satisfacer sus necesidades de atención, brindándoles la motivación, la seguridad para cuidar de sí mismos a diario y para hacer frente a ellos sin sacrificarse. un sentido de responsabilidad en el paciente. salud mental o bienestar general.³⁰

La finalidad de brindar los conocimientos y lograr educar al paciente es lograr una cultura de autocuidado y poder motivar a la población, además de liderar el desarrollo de talentos y la investigación en mi campo, mantengo hábitos y un estilo saludable. Se realiza a través de una reflexión y la aplicación en los educadores y los estudiantes desarrollan una reflexión y una comprensión de la vida saludable que se organiza a partir de las percepciones de las deficiencias y los éxitos.³¹

En la diabetes, las bases principales en el conocimiento y la educación del paciente sobre la enfermedad son ahora prioridades globales, cubriendo gran cantidad de países con mayor o menor éxito. El propósito primordial de la educación diabética es mejorar la información básica sobre su padecimiento crónico, permitiéndole así practicar la diabetes y lograr los efectos deseados. La adquisición de conocimientos en el paciente en general es una de las actividades humanas más complicadas. Por esta razón, se seguirá explorando la viabilidad de diferentes modelos actualmente importantes utilizando una variedad de recursos educativos de los que los pacientes y sus familias puedan aprender. Educar a los pacientes significa proporcionarles los conocimientos básicos y las habilidades esenciales para satisfacer sus necesidades terapéuticas y de la diabetes como parte de su vida diaria, así como también promover en él y su red de apoyo familiar la responsabilidad para vivir diariamente con su padecimiento y así llevar un adecuado control, estabilidad emocional y mejorar la vida. En importante generar la necesidad en los pacientes nuevas conductas saludables, personales y familiares en la nutrición adecuada.³²

La atención de las personas con diabetes debe ser completa e integral, con un lenguaje oportuno, claro, preciso y mensajes directos del personal de salud y así ayudar en los cambios de hábitos saludables, de igual manera debe proporcionar conocimientos duraderos que puedan aplicarse a sus necesidades. oportunidad. Para obtener una comprensión básica de la diabetes en adultos, es importante contemplar diferentes estilos de aprendizaje y cuándo, dónde y a qué ritmo aprende cada individuo, sin comprometer la cultura o los recursos.³³

En la diabetes, el conocimiento se debe contemplar apoyándose en una educación completa, individual y grupal los cuales deben complementarse entre sí. La educación personal es necesaria desde que se brinda un diagnóstico inicial, del seguimiento y principalmente en el control de la enfermedad. Debe ser un desarrollo dinámico con amplios conocimientos y relaciones terapéuticas con los profesionales médicos responsables de la atención al paciente. Y las clases grupales deben hacerse en grupos pequeños. Los familiares y cuidadores del paciente pueden participar en estas actividades. Las utilidades que se han observado en estas actividades, es la entrega en conocimientos personales y experiencias que ayudan a una estabilidad emocional y física de los diabéticos. El personal de salud debe establecer el entorno de apoyo, tolerancia y apego en el que los pacientes puedan expresar sus opiniones.³⁴

Para las personas con diabetes, comprender su afección es la piedra angular del manejo, prevención de complicaciones y sobre todo el tratamiento básico; el uso de estrategias primarias es esencial para promover la prevención de enfermedades. Hoy en día, la educación para la salud independiente de la patología tiene que ser un instrumento básicamente esencial para el personal de salud y una parte importante de su relación con los diabéticos, las redes de apoyo y las comunidades a las que sirven. El conocimiento general de los pacientes y sus familiares es un aspecto importante del tratamiento para permitir que las personas con dm participen activamente en el manejo eficiente y seguro.³⁵

La mejor estrategia para apoyar a las personas con patologías crónicas principalmente los diabéticos, en aprendizaje, así como el conocimiento adquirido con respecto a su padecimiento, pero no se debe centrar solo en el conocer su enfermedad y las indicaciones que puede brindarle el personal de la institución de salud, sino también en una comunidad terapéutica donde se motiva y fomenta el cambio incremental, para el apego a un tratamiento farmacológico eficaz, la nutrición necesaria dentro de sus posibilidades y el soporte psicológico a pacientes y familiares que apela al autoconocimiento que conduce al verdadero autocontrol necesario para

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

una atención eficaz. Asegurar que las personas con diabetes tengan acceso regular a actividades educativas basadas en el conocimiento adquirido sobre la enfermedad es uno de los mayores logros que se pueden obtener . Esto se debe a que significa que los diabéticos aprenden de su padecimiento y desarrollan habilidades para cuidarse y tratarse a sí mismos. uno mismo. La educación sanitaria, impartida en forma de asesoramiento y grupos de autoayuda, es fundamental para controlar su afección.

La mayoría de las poblaciones comórbidas están severamente discapacitadas y sin educación.³⁶

7.4 CONOCIMIENTO SOBRE EL CONTROL DE GLICEMIA

El conocimiento del control glucémico en sangre y una adecuada dieta pueden contribuir a prevenirlo y tratarlo. Una amplia gama de bibliografía científica reconoce que es el conocimiento que adquieren los pacientes sobre su enfermedad. y el tratarlo puede llevarlos a trabajar conscientemente y fomentar un comportamiento adecuado para satisfacer sus necesidades terapéuticas.³⁷

La pérdida de control y el conocimiento con el que cuenta el paciente para sostener los niveles de glucemia central con un parámetro normal, es necesario auto controlarse los descontrolos en I niveles de glucosa. Comprender cada efecto de diferentes alimentos, alcohol o actividad física sobre la glucosa sanguínea puede ayudarlo a comprender cómo una enfermedad aguda afecta el control glucémico en sangre, calcular la dosis adecuada de insulina y controlar los síntomas de la hipoglucemia. hipoglucemia nocturna.³⁸

Cuando en alguna literatura se hace referencia al conocimiento sobre el control glicémico sanguíneo, el objetivo es ganar más responsabilidad, individualidad y calidad de vida para los patients y sus comunidades porque son libres de elegir cómo mejorar su salud.³⁹

7.5 CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES.

La educación y el conocimiento adquirido puede reducir la prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas es un método primordial para optimizar y prevenir la aparición de complicaciones, generando una disminución en el número de pacientes hospitalizados. Las complicaciones son una situación de salud importante y representan una causa importante del costo de la atención médica y los servicios sociales. ⁴⁰

Las complicaciones de la diabetes tienen un impacto significativo en salud de los pacientes y los familiares dados los factores vinculados a una clase de vida y al envejecimiento natural en la población. ⁴¹

Es importante comprender las complicaciones de afecciones médicas como la diabetes tipo 2 para poder prevenirlas y poder intervenir adecuadamente en su situación particular. La glucemia capilar baja es una de las complicaciones agudas y crónicas más comunes de enfermedades microvasculares y macrovasculares como la retinopatía, la neuropatía, la nefropatía y la enfermedad de las arterias coronarias. Necesito ayuda. La atención debe ser multidisciplinaria, por lo que se debe desarrollar un plan con apoyo psicológico, nutricional y farmacológico. ⁴¹

En el trascurso del estudio de la diabetes y en diferentes bibliografías se ha demostrado que las complicaciones tienen múltiples causas de aparición, en donde también se consideran aspecto genético. También se ha observado que algunas personas son más propensas a complicaciones agudas y crónicas, principalmente a la cetosis o hipoglucemia. ⁴²

8. MARCO CONCEPTUAL

CONOCIMIENTO

El conocimiento se considera como el acto deliberado y consciente de captar las propiedades de un objeto. Según la Academia Española el conocimiento es todo acto de saber, entender, intelecto, la capacidad de comprender y juzgar las cosas. ⁴³

DIABETES MELLITUS

Una condición caracterizada por elevación de la glucosa sanguínea de forma crónica debido a la falta de insulina, falta de activación de la hormona insulina, uno y otro pueden presentarse. Entonces, la hiperglucemia en individuos puede ser debida a cambios de la insulina, comúnmente asociados con una secreción disminuida, o simplemente a una secreción alterada.

⁴⁴

DIABETES TIPO 1

Generalmente ocurre en la niñez y la adolescencia, pero comienza a distinta edad. La producción endógena de insulina se elimina casi por completo debido a la supresión de cada célula secretora de insulina mediante el sistema inmunológico, y se necesita dosis de insulina exógena para controlar los niveles de glucosa sanguínea, prevenir una cetoacidosis diabética (CAD). ⁴⁵

DIABETES TIPO 2

La dm 2 se relaciona con cambios en la segregación de insulina secundario a una inflamación y al metabolismo, incluidos a los factores genéticos. Este es un trastorno de cómo el cuerpo regula y usa la glucosa para obtener energía. Esta condición crónica incrementa la circulación de glucosa en el sistema. Los altos parámetros de glucosa en la sangre causan trastornos del sistema circulatorio, nervioso e inmunológico. ⁴⁶

DIABETES GESTACIONAL

La dm gestacional es considerado como una intolerancia en la mujer de primera vez durante la gestación a la glucosa, independientemente de que no exista previamente factores hereditarios, edad gestacional, que necesiten insulina o la persistencia después del término del embarazo. Se cree que la hiperglucemia antes de las 24 semanas de gestación se debe a una diabetes existente no diagnosticada. ⁴⁷

DIFERENTES TIPOS DE DIABETES

Se engloba un tipo de entidades de fisiopatología muy polimorfa. Los tipos de diabetes será variable dependiendo de la causa. Otros tipos específicos es constituido por 8 subgrupos, que son de baja frecuencia. Estos se deben a una variedad de causas, que incluyen trastornos en relación a la insulina, enfermedad pancreática, pancreatocromía, trastornos endocrinos como acromegalia, Cushing y síndromes inducidos por fármacos. ^{48,49}

CONOCIMIENTO EN DIABETES

La alfabetización en salud, especialmente la diabetes, es el paso principal de la atención de calidad y completa en los pacientes con esta enfermedad, independientemente de su etiología, y por lo tanto debe desarrollarse más efectiva y eficientemente. La educación y la concientización consisten en otorgar la información completa a los pacientes para manejar su enfermedad. El objetivo es mejorar el equilibrio glucémico, prevenir complicaciones y mejorar el estilo de vida a costos razonables. ^{45,46}

9. JUSTIFICACIÓN

Con objetivo de lograr que los pacientes con Diabetes adquieran conocimiento de su padecimiento, el ayudar a los pacientes para que posean las herramientas y afronten su situación médica para que aprendan a convivir con su enfermedad y la incorporen sobre la vida, situación, prioridades y metas. Por lo tanto, la educación en diabetes coloca a los pacientes en el papel de protagonistas de intervenciones en curso que requieren una comunicación continua dentro del equipo de atención médica para desarrollar planes de atención.⁴⁸

La Organización Panamericana de Salud calcula que para 2020, 62 millones de pacientes en los Estados Unidos tendrán diabetes tipo 2. Desde 1980, su número se ha triplicado en la región. Se estima que un mayor número de personas con dm en el mundo aumentará a más de 590 millones en 2035, igual 8,8% de la población.³⁶

Según la (FID) Federación Internacional en Diabetes, más de 4 millones de pacientes entre los 20 y 79 años mueren secundario a la dm y sus consecuencias, lo que equivale a 1 muerte cada 8 segundos. Esto equivale a aproximadamente 460 millones de adultos con diabetes, y este número aumentará a más de 700 millones en 2045, con una prevalencia del 11,1% hombres y el 10,8% mujeres. Desde el año 2000, la diabetes se ha posicionado como la segunda causa de muerte en México.⁴⁹

Hasta 2019 la estadística de registro nacional, los pacientes con diabetes en Aguascalientes fue un total de 62,220 de estos 36,649 del sexo femenino y 25,571 masculinos adscritos al Seguro Social.

En la umf no.7 en Aguascalientes hasta 2019 contaba con una población de 78,976 pacientes adscritos para atención médica, de los cuales 6,613 son diagnosticados con diabetes mellitus, 3,850 son femeninos y 2,763 masculinos; sin embargo 4,704 fueron atendidos por su padecimiento.

Es de gran importancia que los pacientes aprendan y cuenten con la información, los conocimientos relevantes sobre su padecimiento para una práctica diaria en la que se desarrollan las medidas en interés propio para preservar la vida y la salud están directamente relacionadas con los aspectos sociales, económicos y culturales involucrados. Una estrategia eficaz para reducir los costes sanitarios para el individuo y las instituciones de salud, complicaciones, tratamientos costosos y de difícil acceso, al igual para disminuir el número y

gastos de hospitalizaciones, al igual de las consultas de urgencias, también como el uso de los medicamentos.⁵⁰

Este estudio ayuda a determinar el conocimiento sobre la enfermedad en pacientes diabéticos, para posteriormente identificar los factores propios del individuo y del sistema de salud que inciden sobre el conocimiento en la diabetes del paciente. Este estudio impactará de manera positiva a la UMF 7 por que orientará al personal de sanitario a conocer el nivel de educación en diabetes que tienen las personas diabéticas sobre su padecimiento y así motivar, orientar y direccionar la educación al paciente diabético sobre las ventajas y calidad de vida obtenidos de un buen autocuidado, disminuyendo complicaciones, hospitalizaciones, neuropatías prematuras y de esta manera el mismo paciente diabético compartirá sus conocimientos sobre la enfermedad con otros pacientes, haciendo una cadena de información. El presente proyecto de investigación es viable y factible, los investigadores todos desarrollan colectivamente la investigación y asumen los recursos financieros y los materiales para realización del estudio. Las aulas, los escritorios y las sillas se utilizan como recursos espaciales y de infraestructura de la unidad No. 7. La presente investigación se desarrolló de agosto a mayo de 2022.

En relación a la vulnerabilidad, la falta de participación del paciente hacia el estudio, el poco o nulo interés durante la encuesta y el poco entendimiento son factores que pueden alterar y afectar el estudio a realizar.

10. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La diabetes mellitus 2 es considerada la problemática en salud de nivel global y las complicaciones cada día más altas, causadas por la carencia conocimientos y de autocuidado, el cual puede promoverse a través del conocimiento y la educación. El profesional de salud debe identificar y reconocer el conocimiento en diabetes de los pacientes que presentan esta patología. Este estudio se enfoca en identificar los conocimientos en DM2 en las personas con esta patología que asisten a su control mensual de la clínica No. 7 del del Seguro Social en Aguascalientes.⁵¹

El conocimiento que tiene los pacientes diabéticos, es primordial para la promoción de esta afección y esencial para lograr controlar y prevenir secuelas. Todo esto se puede lograr asumiendo la responsabilidad del cuidado personal diario sin comprometer el empoderamiento, la motivación, la seguridad, el bienestar general y la autoestima.⁵²

En el año 2020 más de 151.019 pacientes murieron a causa de la diabetes en nuestro país, esto elevó el total de muertos en el país a 14 millones, según los últimos datos. Hay 52 características en hombres y 48% en mujeres.⁶² La estadística de mortalidad por dm en 2020 fue 11,95 de cada 10 000 personas, el nivel más alto en una década. De acuerdo con la ENSANUT, en 2018 la población mexicana entre 20 años y más fue de 82,767,605, de los cuales 10.32% reportó un diagnóstico previo de diabetes.⁶³ Por género, 5 millones de mujeres adultas de mas de 21 años de edad y más 3 millones de hombres entre 20 años y más fueron diagnosticados con la enfermedad. Como resultado, la enfermedad ocurre con mayor frecuencia en población femenina que masculina.⁵³

Un análisis del 2018 los mismos indicadores por estado mostró que Campeche, Hidalgo y Tamaulipas tenían la prevalencia más alta entre las poblaciones mayor de 21 años con un previo diagnóstico de diabetes. Aguascalientes tienen la prevalencia más baja.⁵⁴

El conocimiento en diabetes y causas, secuelas, tratamientos y una forma de vida adecuada para mejorar el control de enfermedades es bajo en toda la población. Esto se ha analizado en los estudios elaborados a los pacientes, independientemente de su nivel educacional, edad, tiempo de diagnóstico. Gómez-Encino, López Uribe y Bustos Saldaña llegan a conclusiones similares, en donde hacen referencia que indiscutiblemente existe un alto índice en el desconocimiento de su padecimiento en el paciente y que el nivel escolar no es un

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

marcador específico para la falta de conocimientos, de igual forma detallan puntualmente que la población femenina es la más interesada por conocer la enfermedad, complicaciones, síntomas y alimentación necesaria para el control. ^{9,10}

Reconocer la situación de la dm tipo 2 revela factores conductuales que deben modificarse de forma prevenible mediante la enseñanza y conocimiento del paciente como parte de la enfermedad. ⁵⁵

La enseñanza en diabetes es una herramienta básica para lograr sostener controlados los niveles de glucosa en sangre en pacientes con esta afección. La educación diabética debe ser reconocida por las organizaciones sanitarias como parte de una atención integral. La educación sanitaria es una prioridad, ya que la consulta es el primer paso en la atención al paciente. Esta debe ser una herramienta más en el trabajo diario de los trabajadores de salud. El IMSS ofrece un proyecto multidisciplinario de prevención para personas diagnosticados con diabetes. ⁵⁶

Todo personal de salud que se convierte en educadores de diabetes generalmente ejerce y se capacitan en clínicas privadas porque son muy pocas las instituciones públicas que cuentan con estos profesionales. ⁵⁷

Es por ello que dicho problema nos motivó y llevó a plantear el siguiente cuestionamiento:
¿Cuál es el nivel de conocimiento en diabetes de los pacientes dm tipo 2 adscritos a la UMF 7, Aguascalientes?

10.1 OBJETIVOS

- Objetivo Principal

Establecer el estado actual de conocimientos en diabetes en personas con dm tipo 2 en la clínica familiar 7, Aguascalientes.

Objetivo Específico

- Reconocer datos sociodemográficos de las personas diabéticas tipo 2 afiliados a la clínica 7, Ags.
- Identificar la información básica sobre la diabetes en personas con diabetes tipo 2 adscritos a la Unidad Familiar 7, Aguascalientes.
- Reconocer el conocimiento del control glucémico central de los diabéticos tipo 2 adscritos a la Unidad Médica Familiar 7, Aguascalientes.
- Identificar el conocimiento en prevención y complicaciones en los diabéticos tipo 2 adscritos a la UMF 7, Aguascalientes.

10.2 HIPÓTESIS DE ESTUDIO

Al ser un proyecto de tipo descriptivo, la hipótesis no es aplicable.

11. MÉTODOS Y MATERIAL

TIPO DEL ESTUDIO

Este es un estudio que se realizó mediante diseños cuantitativos, observacionales, descriptivos y transversales.

POBLACIÓN DE ANALISIS

Universo: Personas con Diabetes Mellitus

Población del Estudio: Personas diagnosticadas DM2 adscritos a UMF No. 7.

Unidad de Estudio: Pacientes diabéticos adscritos a la UMF No. 7.

11.1 CRITERIOS

CRITERIOS PARA INCLUSIÓN

Personas diabéticas tipo 2 derechohabientes a la Unidad Familiar No.7

Ambos géneros

Ocupación indistinta

Matutino y/o vespertino

Mayores de 18 años

Aceptación de participar en la evaluación

Solos o con ayuda familiar

CRITERIOS PARA EXCLUSIÓN

Analfabetas

Con disfunción cognitiva

Con trastornos psiquiátricos

Pacientes con diabetes tipo 1

Registrados en el plan Diabetimss

CRITERIOS ELIMINACIÓN

Cualquier paciente que elija retirarse del estudio.

TIPO DE MUESTRA

Esta muestra será tipo aleatoria simple.

TAMAÑO DE MUESTRA

Establecer la dimensión de muestra que se aplico para la fórmula de población finita considerando un cierto número de personas diabéticas UMF #7 (correspondientes a 6613 pacientes). Para obtener este monto se consideró lo siguiente:

Población de 6613.

Márgenes de error: 5%

Niveles de confianza: 95%

Dimensión de la muestra = 370

$$no = \frac{N Z^2 S^2}{d^2 (N-1) + Z^2 S^2}$$

VARIABLES

- Dependiente: Nivel de Conocimientos
- Independiente: Diabetes Mellitus
- Objeto en estudio: Nivel de conocimiento sobre diabetes
- Sujeto en estudio: Pacientes con diabetes melitus 2 adscritos a UMF 7, Aguascalientes

LUGAR

Este proyecto se realizó en las aulas de capacitación de la UMF no. 7, ubicada en Av. Aguascalientes No. 603, Colonia San Marcos, Aguascalientes. C.P. 20070

LOGISTICA

De manera inicial se solicitó a la dirección de la UMF 7 el permiso para invitar a los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al control mensual y quién cumpliera con criterios y datos de elegibilidad para poder participar en este protocolo.

Se le solicitó a cada médico encargado de consultorio, la selección de pacientes a su cargo, los cuales cursaban con el diagnóstico de dm tipo 2, se programaron turnos matutinos y vespertinos para llamar a los participantes y realizar encuestas. Esto se llevó a cabo en una sala de capacitación, donde se informó a todos los participantes sobre el propósito de estudio y se otorgó una declaración de consentimiento para firma. Al término de la firma de autorización del consentimiento, se entregaron los cuestionarios para la acumulación de datos, que constaba de 2 apartados. La sección uno para recabar la información sociodemográfica de los participantes, el segundo cuestionario denominado DKQ-24 para evaluar el conocimiento en diabetes.

Para terminar, toda aplicación de los cuestionarios creados durante el día, los investigadores recopilan los cuestionarios y comenzaron a evaluar cada cuestionario para evitar la acumulación de cuestionarios y retrasos en el trabajo. Después de revisar los cuestionarios recopilados ese día, los investigadores resumieron los resultados en la base de datos en Excel. Esta información se utilizó posteriormente para el estudio y comparación en el paquete estadístico Social Sciences 21.

La investigación fue registrada y aprobada por el Comité Local de Investigación en Salud 101 y el Comité de Ética en Investigación en Salud 1018, con número de registro institucional R-2022-101-010.

11.2 INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS

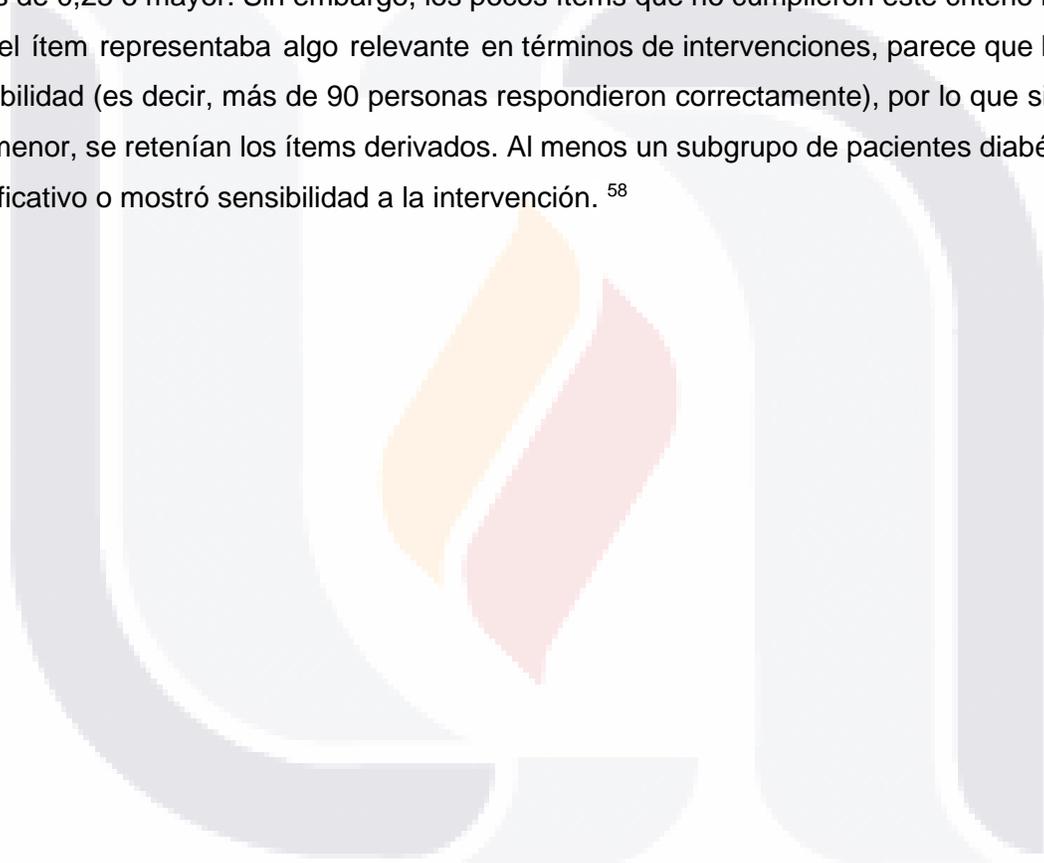
El instrumento DKQ-24 evalúa la cognición del paciente diabético sobre la enfermedad, es enteramente fácil para usar, su índice de confianza es de 0,78 y ha sido aprobado para su uso en poblaciones de habla hispana (Estudio sobre educación en diabetes del condado de Starr). Antes de ser aplicado, se adaptó al lexico de los habitantes del sur de Jalisco. El cuestionario utilizado se derivó de la versión original utilizada en la Investigación de Educación en Diabetes Mellitus del Condado de Starr (1994-1998), que contiene un total de 60 ítems. Las posibles respuestas son "sí, no o no sé". En este estudio, fueron aceptadas las personas que respondieron muy bien cada ítem. Los 24 ítems del instrumento DKQ 24 se clasificaron en estudios básicos sobre enfermedades, control glucémico y prevención de secuelas. Las puntuaciones van de 0 a 24. Una puntuación más alta significa más conocimiento. El nivel de conocimiento se califica de acuerdo a las puntuaciones obtenidas de la siguiente manera:

1. Adecuado: igual o mayor a 17 puntos.
2. Intermedio: de 9 a 16 puntos.
3. Inadecuado: menor o igual a 8 puntos.

Se realizó un estudio el cual informa de características de la versión de 24 preguntas del Diabetes Knowledge Questionnaire. El cuestionario DKQ original de 60 preguntas se aplicó por primera vez a más de 500 adultos mexicano-estadounidense diabetes mellitus 2 que participaron en un Condado de Texas para el Estudio de Educación sobre DM . De esta población, 252 eran pacientes y 250 eran personal de apoyo. Los pacientes se asignaron aleatoriamente a grupos de apoyo educativo y social (n=250). Una versión modificada de 24 ítems de DKQ se derivó del cuestionario original después de que se completó la recopilación de datos. La confiabilidad fue evaluada por medio del coeficiente de Crombach. Para establecer la pertinencia, se distinguieron por grupos experimentales y grupos de control al inicio de la intervención y después de la parte educativa.^{56,57}

El cuestionario de 60 ítems alcanzó el coeficiente para esta muestra es 0,83, lo que indica una confiabilidad. Las correlaciones de subgrupos oscilaron entre 0,79 y 0,88. Se ha cumplido el DKQ. 0,78 con coeficientes de subgrupos que presentaban 0,73 y 0,84. Se encontró una confiabilidad adecuada a pesar del tiempo de prueba.

La validación del DKQ se analizó utilizando una perspectiva conocida como particularidad de grupos. Examinamos la sensibilidad del cuestionario DKQ-24 en intervención. La idea es que si el DKQ-24 es una herramienta válida, la población en estudio y de intervención educativa obtendrá un puntaje más alto en el DKQ a diferencia del grupo control al final del proyecto de educación en diabetes. Para probar dicha hipótesis, seguimos a los grupos experimental y de control durante 3 meses. Las pruebas de eficacia del dispositivo se limitaron a 410 sujetos con datos iniciales completos y de 3 meses. Los ausentes tendían a ser adherentes no diabéticos. Por regla general, en la versión de 24 ítems se incluyeron ítems con una correlación global de ítems de 0,25 o mayor. Sin embargo, los pocos ítems que no cumplieron este criterio indicaron que el ítem representaba algo relevante en términos de intervenciones, parece que hay poca variabilidad (es decir, más de 90 personas respondieron correctamente), por lo que si la suma era menor, se retenían los ítems derivados. Al menos un subgrupo de pacientes diabéticos fue significativo o mostró sensibilidad a la intervención.⁵⁸



11.3 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS

Ya que se complete la aplicación completa del estudio a nuestros sujetos de investigación, serán elegibles para los resultados finales. Esta certificación la realizan diariamente los investigadores para evitar demoras y acumulaciones en su trabajo. La información recopilada se almacenó en la base de datos Excel. Esta base de datos se desarrollo en Excel y posteriormente utilizada en SPSS v.1. Se harán 22 para analizarlo. En la primera fase se realiza un análisis exploratorio de la base de datos, realizando valoraciones generales para identificar datos faltantes, inusuales y extremos, formulando hipótesis para el análisis estadístico y asegurando los métodos estadísticos utilizados. Primero calcule la asimetría y la curtosis para encontrar la distribución de los datos, considere la normalidad de los datos cuando obtenga un valor entre -2 y 2 y haga estadísticas descriptivas si la distribución es normal. Realice análisis de varianza para resumir conjuntos de datos utilizando medidas central, como números simples y porcentajes para variables categóricas y medias, mediana, rareza estándar y clasificación para variables continuas. Si la suministro jamás es normal, utilice la mediana y el clasificación intercuartílico.. Calcula la frecuencia absoluta y relativa de variables categóricas.

12. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se realiza de conformidad con lo dispuesto la investigación sanitaria en la Ley General de Sanidad de 1984. En toda investigación que involucre seres humanos, procedimientos para respetar y proteger los derechos humanos y la vida tienen prioridad sobre otros intereses científicos o públicos.⁵⁹

La Declaración de Helsinki de 1964 debe cumplir con Los principios científicos y éticos justifican la contribución potencial de la investigación médica a una resolución de problemas en salud y a desarrollo de nuevas áreas terapéuticas. Respecto al amor al individuo, el leyes a la libertad y el leyes a refrescar decisiones informadas sobre los detalles, inconvenientes y el derecho a tomar decisiones informadas sobre detalles, riesgos y beneficios de participar o no, en investigaciones médicas.⁵⁹

Nos apegamos a las normas establecidas por el imss en el área de investigación científica, nos comprometemos a manejar toda la información adquirida por los participantes, de forma confidencial para cualquier fin.

Los participantes deberán firmar carta consentimiento informado para poder ser partícipes del estudio.

13. RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

HOJA DE GASTOS

| Categoría | Cantidad | Costo Unitario | Costos Total |
|----------------------|------------|-----------------------|--------------|
| Bolígrafos | 10 piezas | 3 | 30 |
| Hoja tamaño carta | 2 paquetes | 60 | 120 |
| Marca texto | 1 pieza | 15 | 15 |
| Cartucho de tinta | 1 pieza | 400 | 400 |
| Engrapadora | 1 pieza | 50 | 50 |
| Grapas | 1 paquete | 20 | 20 |
| Fotocopias | 400 piezas | 1 | 400 |
| Laptop Lenovo | 1 pieza | 12,000 | 12,000 |
| Alimentos y bebidas | 2 | 100 | 200 |
| Aula de capacitación | 1 | Proporcionada por UMF | 0 |
| Sillas | 10 piezas | Proporcionada por UMF | 0 |
| Mesas | 10 piezas | Proporcionada por UMF | 0 |
| | | Total en Pesos m.n. | 6,910 |

Esta investigación es posible porque contamos con Recursos laborales y materiales para la implementación. La muestra no representa complicación relevante pues puede ser realizada en horarios programados, para no afectar la consulta del derechohabiente.

14. CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | MAY | JUL | SEP | NOV | ENE | MAR | MAY | JUL | OCT |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | JUN | AGO | OCT | DIC | FEB | ABR | JUN | AGO | FEB |
| | 2021 | 2021 | 2021 | 2021 | 2022 | 2022 | 2022 | 2022 | 23-24 |
| Recolección de bibliografía. | • | • | • | • | • | • | | | |
| Revisión literaria. | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Elaboración del planteamiento. | • | • | • | • | | | | | |
| Elaboración conceptual y marco teórico. | • | • | • | • | | | | | |
| Revisión del marco teórico. | | • | • | • | • | • | | | |
| Diseño del protocolo. | | • | • | • | • | • | | | |
| Registro del protocolo en el CIRELSIS | | | | | | • | | | |
| Aprobación de protocolo. | | | | | | | • | • | |
| Trabajo de encuestas. | | | | | | | • | • | |
| Recolección y captura de los datos. | | | | | | | • | • | |
| Análisis de resultados | | | | | | | • | • | |
| Realizar discusiones y conclusiones. | | | | | | | • | • | |
| Revisión de investigación. | | | | | | | • | • | • |
| Autorizaciones. | | | | | | | • | • | • |
| Desarrollo de tesis | | | | | | | • | • | • |
| Difusión de resultados | | | | | | | • | • | • |
| Autorización de tesis UAA | | | | | | | | | • |

15. RESULTADO

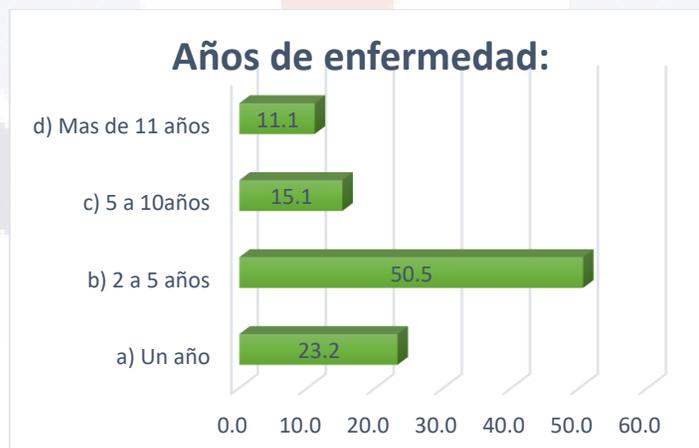
Durante el estudio realizamos encuestas a 370 personas las cuales cumplían con criterios de selección. Como resultado se obtuvo que el 73.5% (272) eran del sexo femenino y el 26.5% (98) eran masculino. (Tabla 1)

Tabla 1.- Porcentaje de genero los sujetos en la muestra estudiada.

| Género: | | |
|--------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| a) Femenino | 272 | 73.5 |
| b) Masculino | 98 | 26.5 |
| Total | 370 | 100.0 |

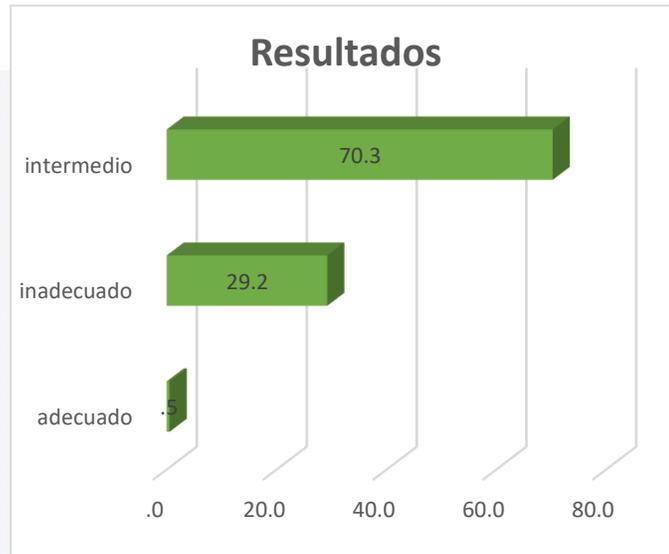
La edad media fue de 19 a 30 con porcentaje en un 33% (122). El estado civil de los encuestados, mostró que el 52.2% (193) son casados, mientras que en tiempo de la enfermedad se encontró que el 50.5% (187) fueron diagnosticados en un periodo de 2 a 5 años. (Grafica 1)

Grafica 1. Tiempo de diagnóstico y porcentajes encuestadas



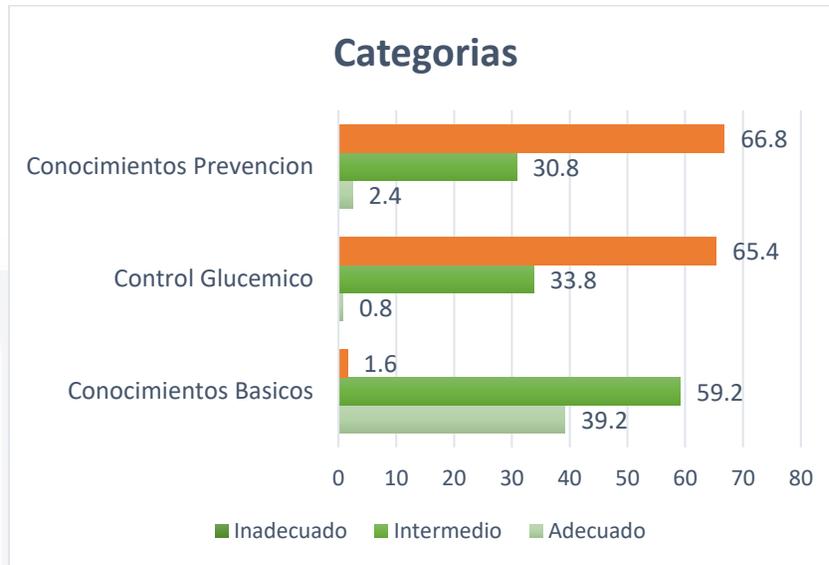
Es muy importante recalcar que, en base al instrumento utilizado y su forma de calificación, el conocimiento es intermedio en un 70.3% (260). Sólo 2 participantes (0,5%) alcanzaron un nivel aceptable de conocimientos. (Grafica 2)

Grafica 2. Número y porcentaje de participantes con calificación aceptable.



En el resultado por categoría el promedio fue mayor en las siguientes: en conocimientos básico de la diabetes con un 59.2 % n=219 corresponde a un nivel intermedio, el 39.2% n=146 inadecuado y el adecuado con 1.6% n=6. En la categoría de conocimientos del control glucémico se observó un 65.4% n=242 el cual corresponde a inadecuado, el 33.8% n=125 intermedio y el 0.8% n=3 fue adecuado. En la categoría de conocimientos de la prevención el 66.8% n=247 son inadecuados, el 30.8% n=114 son intermedio y el 2.4% n=9 son adecuados. Al comparar las categorías, se puede observar que el conocimiento sobre diabetes es mayor a diferencia del control y de la prevención. (Grafica 3)

Grafica 3. Porcentajes por categoría



En la categoría de conocimientos sobre la diabetes se puede observar que los ítems con puntuación más alta con respuestas correctas fueron las preguntas comer azúcar y alimentos dulces es la causa de dm, se encontró n=167 personas respondieron correctamente con un 45.1%, en el ítem y en la pregunta 6 sobre el riesgo genético con resultado correcto de n=166 personas equivalente a un 44.9%, lo que corresponden a las preguntas con mayor conocimiento básico en diabetes.(Grafica 4)

Grafica 4. Puntaje Categoría Conocimientos Básicos



En el ítem 1.- el conocimiento que tiene el paciente sobre si el consumo de azúcares causa la diabetes, el 54.9% de la población encuestada respondió erróneamente, reflejando poco conocimiento sobre las causas de la patología. En el ítem 5.- la dm sin tratamiento, el azúcar en la sangre usualmente sube, encontrándose el 55.1% equivalente a las respuestas No y No sé. En el ítem 6.-Se evaluó el conocimiento sobre el riesgo de los hijos a padecer diabetes, es el porcentaje predominante con 55.9%, lo que nos refleja el desconocimiento de los riesgos genéticos en los pacientes. (Tabla 2)

Tabla 2.- Porcentaje de ítems correctos.

| Conocimientos Básicos: | | |
|------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Ítem 1 | 167 | 45.1 |
| Ítem 5 | 163 | 44.1 |
| Ítem 6 | 166 | 44.9 |

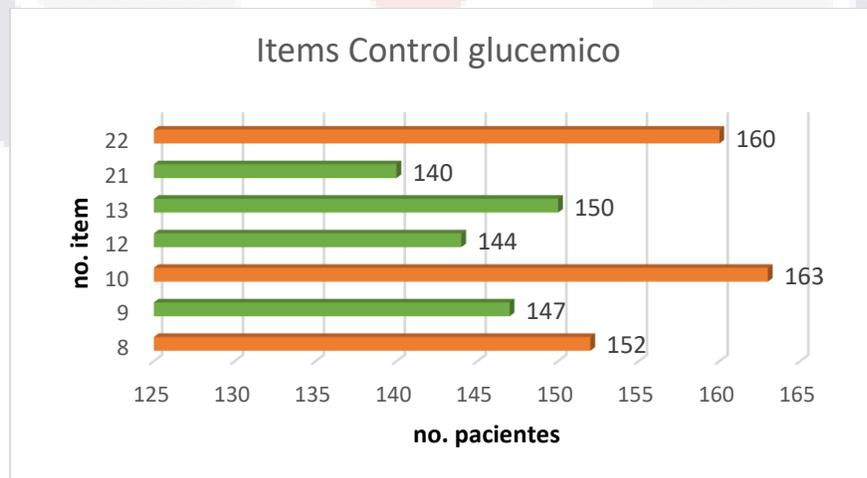
En la categoría de Control glucémico que tiene el paciente diabético, lo que nos refleja un conocimiento inadecuado con un n=242 equivalente al 65.4% de la población encuestada, intermedio n=125 con un 33.8% y con un conocimiento adecuado n=3 con porcentaje del 0.8%. (Tabla 3)

Tabla 3. Conocimientos control glucémico

| Porcentaje Control Glucémico | | |
|------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| adecuado | 3 | .8 |
| inadecuado | 242 | 65.4 |
| intermedio | 125 | 33.8 |
| Total | 370 | 100.0 |

Se evaluaron 5 ítems de los cuales se reportaron los ítems con mayor puntuación correcta fueron las preguntas, 10. Realizara actividad física regular, donde se observó que el resultado fue de n=163 equivalente 55.9%, en el ítem 22. Señales de hipoglucemia, con resultado n=160 con 43.2% y en pregunta 8. En un análisis de sangre el nivel de azúcar es superior a 210, lo que n=152 con un porcentaje del 41.1%, donde consideran que incrementara la necesidad de insulina y/o fármacos. (Grafica 5)

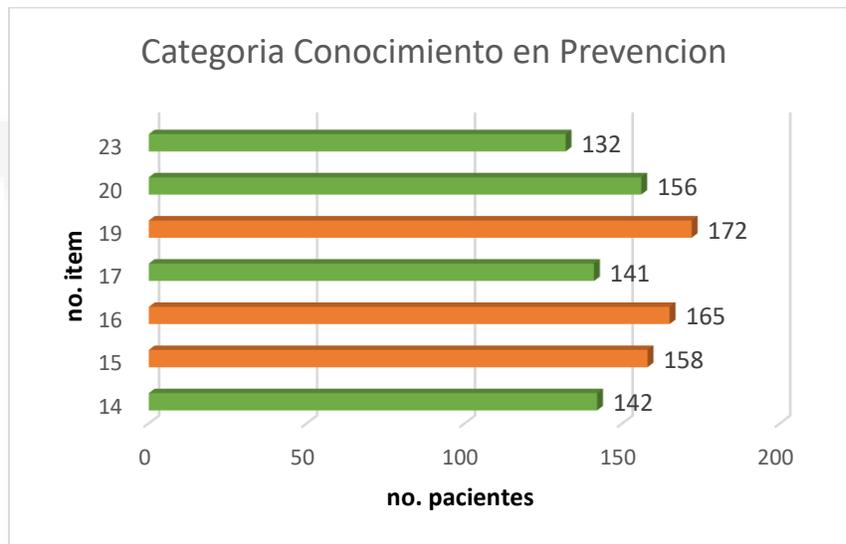
Grafica 5. Puntaje Categoría Control Glucémico



En la categoría de conocimientos sobre prevención se puede observar que los ítems con puntuación más alta con respuestas correcta fueron las preguntas 19.-La diabetes puede daña

los riñones, donde se encontró n=172 personas respondieron correctamente con un 46.5%, en la pregunta 16.- Los diabéticos deberían poner más cuidado de los pies, se encontró que n=165 respondieron correctamente con un 44.6% y en el ítem 15.- cicatrizaran más lento en diabéticos con un resultado correcto de n=158 equivalente a un 42.7%, lo que corresponden a las preguntas con mayor conocimiento en prevención.(Grafica 6)

Grafica 6. Puntaje Categoría Prevención



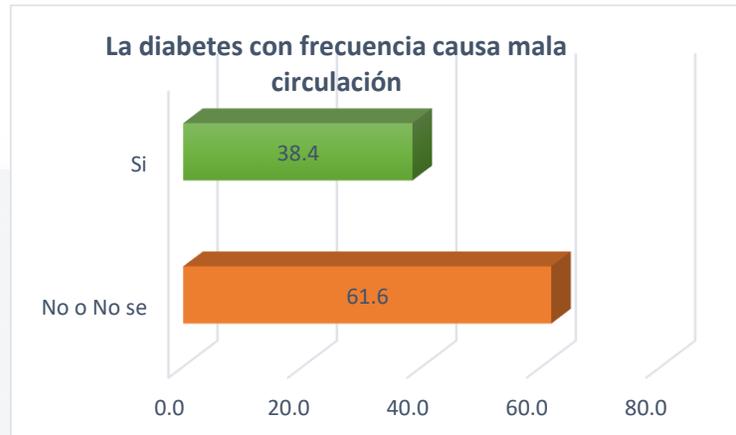
En un análisis del ítem 7 donde se pregunta al paciente sobre la diabetes se puede curar, n=209 equivalente al 56.5% de la población respondió erróneamente. Haciendo evidente la ideología y el desconocimiento del paciente sobre su propia enfermedad. (Tabla 4)

Tabla 4. Resultado de Diabetes es curable

| 7.-Se puede curar la diabetes | | |
|-------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Si o No se | 209 | 56.5 |
| No | 161 | 43.5 |
| Total | 370 | 100.0 |

En la siguiente pregunta donde se toca el tema de la mala circulación en el paciente diabético, n=228 equivalente al 61.6% respondieron erróneamente, dando a conocer que, para ellos, la mala circulación no tiene que ver con la diabetes ni como parte de sus complicaciones. (Grafica 7)

Grafica 7. Porcentaje Mala circulación



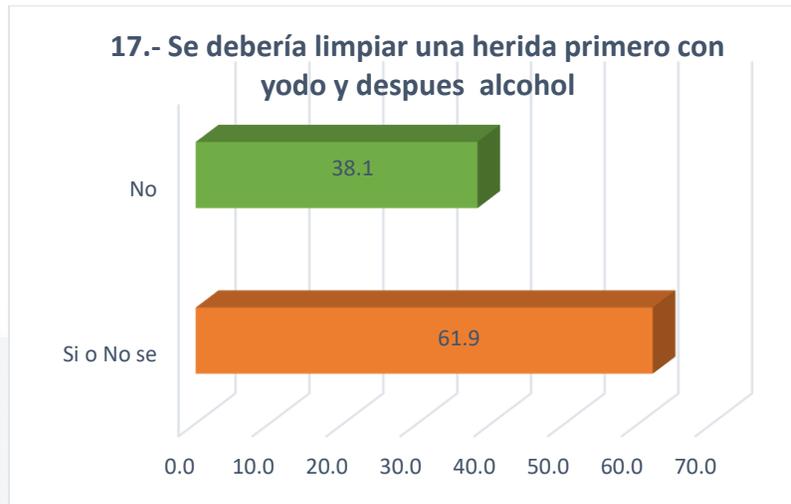
La pregunta 20 donde se abordan las neuropatías en el paciente, se observó n=214, lo que corresponde al 57.8% de las personas encuestadas con desconocimiento sobre esta sintomatología. (Tabla 5)

Tabla 5. Porcentaje de neuropatías en pacientes

| 20. La dm pude generar que no sienta mis manos y pies | | |
|---|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| No o No se | 214 | 57.8 |
| Si | 156 | 42.2 |
| Total | 370 | 100.0 |

En el ítem 17 se evalúa el conocimiento sobre la curación de heridas en pacientes diabéticos, con un resultado n=141, con 38.1% de forma correcta, por lo cual refleja es poco el conocimiento que tienen los pacientes sobre como atender, cuidar y curar sus propias lesiones. (Grafica 8.)

Grafica 8. Porcentaje de conocimiento en curación de heridas



En el ítem 21, se evalúa el conocimiento del paciente sobre la sintomatología cuando es alta la glucosa en sangre, donde se encontró que n=230 el 62.2% desconoce cuál es la sintomatología de una hiperglucemia. (Tabla6)

Tabla 6. Señales de hiperglucemia

| 21.-Signos de glucosa elevada en sangre son: El temblar y sudar | | |
|---|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Si o No se | 230 | 62.2 |
| No | 140 | 37.8 |
| Total | 370 | 100.0 |

16. DISCUSIÓN

En este proyecto se elaboró una muestra con 370 personas diagnosticados con dm 2 en UMF 7 de la ciudad de Aguascalientes, donde se evaluó su nivel de alfabetización diabética y se consideró deficiente, sin embargo, generalmente es una categoría de defecto reconocible. No se encontraron asociaciones para variables como edad, sexo, estado civil o tiempo de diagnóstico en la población evaluada. En la valoración de Gómez Encino y Colaboradores, Casanova, K y Colaboradores dominan el grupo de edad. Como resultado, el 71,6% de los diabéticos fueron mujeres de más de 65 años. Un estudio de Capellari C y colaboradores, encuentra una edad media de 62 años el 87%, a diferencia de nuestro análisis. Sin embargo, coincidimos con las investigaciones en que la población analizada es de predominio femenino, siendo López Uribe N y Colaboradores el estudio predominio femenino con un 59,19%, Bastos Saldaña et al. Como resultado, se encontró que el 71% eran mujeres. Fue del 73,5% en la muestra. Esto revela que la mayoría de la población que busca el control de la diabetes son mujeres.^{10,11,12}

En el padecimiento de la enfermedad, ellos contaron con resultados de pacientes con 10 años del diagnóstico previo, sin embargo, en nuestra encuesta se observó una mayor participación de la población que cuenta de 2 a 5 años. Lo que evidencia que la falta de conocimientos en diabetes no está limitado al mayor tiempo de diagnóstico, si no de igual forma en pacientes con poco tiempo de conocer su enfermedad. Del total de nuestros encuestados, solamente el 0.5% que es equivalente a 2 pacientes obtuvieron el adecuado nivel en conocimientos, el 29.2% presento conocimientos inadecuados y el 70.3% reporto un conocimiento intermedio, resultados teóricamente similares a Pascacio-Vera y colaboradores (2016) elaboraron una investigación con la intención de estudiar el conocimiento de DM utilizando la herramienta Cuestionario de conocimientos sobre diabetes (DKQ24).⁴⁰

Se concluyó que se encontró relación entre conocimiento sobre la enfermedad y control del azúcar en sangre.

Una mayoría de las personas que cuentan buenos hábitos y se apegan al tratamiento, por lo general presentan aceptable nivel en conocimientos sobre la patología, esto nos sugiere las capacitaciones y programas de educación para los pacientes diabéticos sobre su padecimiento pueden ayudar a un mejor apego al tratamiento. Es significativo el nivel de desconocimientos en nuestra población. Al igual que Gómez-Encino, GC, y Cols. esto es importante la educación en el paciente diabéticos ya sea de recién diagnostico o no, para evitar descontrol glucémicos.⁹

Al analizar todos los aspectos que evalúa este cuestionario, así como los resultados adquiridos en los estudios previos, la mayoría de los investigadores coincidimos que contamos con un conocimiento inadecuado sobre la diabetes, por lo que se hace visible la escasez de estrategias, por eso debemos crear e implementar modelos educativos con el fin de elevar la educación en primer nivel de atención, y el conocimiento básico en esta y varias patologías crónicas.



17. CONCLUSIONES

Se determinó que el nivel de conocimiento sobre dm en 370 pacientes de la UMF No.7 de Aguascalientes, es intermedio de manera general. Sin embargo, los participantes demostraron tener conocimientos insuficientes sobre varios aspectos de la diabetes, Esto repercute en la capacidad de vivir con la enfermedad, afectando la salud física, en la que también influyen los aspectos psicológicos e ideológicas. Es muy importante recalcar que se debe reflexionar sobre la educación en el paciente con diabetes y familiares. Esta herramienta de evaluación identifica la necesidad de educación y profundización de conocimientos en áreas específicas para que las personas con diabetes puedan ser educadas para evitar complicaciones y riesgos que las afectan a ellas y a sus familias, y evitar complicaciones y muertes por la enfermedad.

18. PROPUESTA DE MEJORA

La falta de conocimiento sobre los pacientes aptos para enfermedades crónico degenerativas hace que la mayoría de estos pacientes estén desconectados del tratamiento y no muestren interés por el tratamiento o la modificación en la calidad de vida. Es primordial que en las acciones correctivas incluya la educación del paciente durante las visitas de seguimiento. Verifique y cuestione si el paciente realmente está tomando medidas para prevenir complicaciones, eduque y evalúe al paciente y a todo el personal médico sobre el conocimiento de la DM2 y asegúrese de que la información brindada sea relevante para esta condición. Asegúrese de que sea adecuada para su paciente.

19. GLOSARIO

Asociación Americana de Diabetes: es una organización con fines de lucro con sede en los Estados Unidos que busca educar al público sobre la diabetes y ayudar a las personas afectadas financiando investigaciones para controlar, curar y prevenir.

Cetoacidosis Diabética: s una afección metabólica aguda y potencialmente mortal que afecta a las personas con diabetes.

Diabetes Mellitus tipo 2: Subclase de diabetes mellitus que no es insulino dependiente ni sensible a la insulina.

Diabetes Knowledge Questionnaire: es un resumen del cuestionario original, que contaba con 60 ítems⁶ y que fue traducido al español y elaborado para población hispana residente en Estados Unidos⁵. Ha sido utilizado en varios estudios de Latinoamérica, en países como México, Costa Rica o Guatemala.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: es un proyecto del Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud Federal, es una herramienta de planeación y evaluación para la construcción de políticas públicas y la toma de decisiones.

Epistemología: es una ciencia que se considera como la forma para poder comprender a partir del entorno personal

Estilo de vida: Estilo de vida o modo de vida típico de una persona o grupo

Glucosa: Fuente esencial de energía para todos los seres vivos. Está presente en las frutas y otros componentes de las plantas de forma natural y en estado irrestricto.

Hemoglobina glicosilada: examen de sangre para la diabetes tipo 2 y prediabetes. Mide el nivel promedio de glucosa o azúcar en la sangre durante los últimos tres meses.

Hiperglucemia: Niveles altos de azúcar en sangre.

Insulina: hormona que produce el páncreas. Ayuda a mover la glucosa en la sangre desde el torrente sanguíneo a sus células donde se utiliza como energía.

20. BIBLIOGRAFÍA

1. Federación Internacional de Diabetes (FID) [2021] www.idf.org
2. Rojas T J, Zubizarreta E M. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. Rev cubana Enfermer 2007 Mar). http://www.upacifico.edu.py:8040/index.php/PublicacionesUP_Salud/article/view/134
3. Prieto J, Terrones M, Valdez J, et al. Frecuencia de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de segundo nivel en Aguascalientes. Lux Médica. 2017; 12:19-27 DOI: <https://doi.org/10.33064/35lm2017621>
4. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) [septiembre de 2021] www.paho.org/es/temas/diabetes
5. Lozano JA. Diabetes mellitus. Offarm 2006 ;25(10):66–78. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-diabetes-mellitus-13095504>
6. Abarca R. El proceso del conocimiento: gnoseología o epistemología [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; 1991 Disponible en <http://www.ucsm.edu.pe/rabarcaf/procon00.htm>
7. Barjas Martínez, A, López Hernández, G, Sánchez Novoa, E, Palomera Palacios, R, Islas García, J., Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. Archivos en Medicina Familiar 2007; 9(3):147-155. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50711441005>
8. López Vaesken AM, Rodríguez Tercero AB, Velázquez Comelli PC. Conocimientos de diabetes y alimentación y control glucémico en pacientes diabéticos de un hospital de Asunción. Rev cient cienc salud. 2021 ;3(1):45–55. Disponible en: http://www.upacifico.edu.py:8040/index.php/PublicacionesUP_Salud/article/view/134
9. Gómez-E, GC, Cruz L, A, Zapata-V, R, Morales, R, F, Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad. Salud en Tabasco. 2015; 21(1):17-25. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48742127004>
10. Casanova, K. Nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus que tienen los pacientes diagnosticados del servicio médico Sanitas de Venezuela entre diciembre 2015 a julio 2016. Diabetes Internacional, Norteamérica, 9, aug. 2017. http://190.169.30.98/ojs/index.php/rev_di/article/view/13714/13412
11. Capellari C, Figueiredo AEPL. Conhecimento e Atitude: perfil de pessoas com diabetes em diálise. Rev Enferm UERJ 2020;28: e45261. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.45261>

12. López-Urbe N, Carachure-Abarca M. Grado de conocimiento sobre su enfermedad, de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Aten Fam. 2021;28(3):185-190;12(1): 757. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100006&lng=es.
13. Bustos S, R, Barajas Martínez, A, López Hernández, G, Sánchez Novoa, E, Palomera Palacios, R, Islas García, J., Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. Archivos en Medicina Familiar 2007;9(3):147-155. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50711441005>
14. De Conti M. Theory of Pedagogical Knowledge Teoria do Conhecimento pedagógico Org.co. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pys/n49/0121-2494-pys-49-00177.pdf>
15. Abarca R. El proceso del conocimiento: gnoseología o epistemología. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; 1991 Disponible en <http://www.ucsm.edu.pe/rabarcaf/procon00.htm>
16. Ramírez A, V. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An. Fac. med. 2009 sep.; 70(3): 217-224. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es
17. Hanssen, J. La teoría del conocimiento, Panamericana Editorial 2003, , Disponible en: https://trabajosocialucen.files.wordpress.com/2012/05/hessen_johannes-teoria_del_conocimiento_pdf-1.pdf
18. Viveros C, EF, APROXIMACIÓN AL SENTIDO FILOSÓFICO DE LA TEORÍA DEL CONOCIMIENTO. Revista Perseitas . 2015; 3(1):57-65. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=498951488005>
19. Bustos S, R, Barajas Martínez, A, López Hernández, G, Sánchez Novoa, E, Palomera Palacios, R, Islas García, J., Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. Archivos en Medicina Familiar 2007; 9(3):147-155. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50711441005>
20. Rojas T J, Zubizarreta E M. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. Rev cubana Enfermer 2007 Mar). http://www.upacifico.edu.py:8040/index.php/PublicacionesUP_Salud/article/view/134

21. Baquedano IR, Santos MA, Martens TA, Zanetti ML. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dec. 2010) <https://www.scielo.br/j/rlae/a/VCzrRDgHSY5HcKMzqhgtHXB/?format=pdf&lang=es>
22. Tuomilehto J, Lindström J, Erikson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001, 344(18):1343-50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11333990/>
23. López E, Moreno -LE, Cárdenas B, Cultura del Autocuidado en Personas con Diabetes Mellitus, en una Comunidad Rural del Estado de México, Toluca, Estado de México, 2021) <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/203>
24. Guzmán MI, Cruz AJ, Parra J, Manzano M. Control glicémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas. Rev. Enferm IMSS 2005] 13(1): 9 – 13) http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/607
25. Contreras O, A; Contreras Machado, A, Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia Investigaciones Andina, vol. 15, núm. 26, 2013, pp. 667-678) http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-8146201300010005
26. Organización Mundial de la Salud. Directrices para el desarrollo de un programa nacional para la diabetes mellitus. Ginebra: OMS. División de enfermedades no transmisibles y tecnología de la salud, 1991. Informe OMS/DBO/DM 91-1.) <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=0C36352307FCACD87480808A9D4CDDEF?sequence=1>
27. González RI, Rubio LB, Menéndez SA, Martín RS. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. Bvs.hn. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf>
28. Chunga, A, M., Vásquez-Rojas, C., Jiménez-León, F., Díaz-Vélez, C., Sifuentes-Moreno, J., & Osada-Liy, J. (2018). Conocimientos sobre Diabetes Mellitus 2 en pacientes de dos hospitales de Lambayeque. Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo, 11(1), 6-11. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2018.111.51>

29. Deakin TA, Cade JE, Williams R, Greenwood DC. Structured patient education: the diabetes X-PERT programme makes a difference. *Diabet Med* 2006 ;23(9):944-954. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16922700/>
30. Fernández V, Abdala C, Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2012; 17 (2): 94-99. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278006>
31. Corrales JA, Grado de conocimiento del autocuidado y estilo de vida del paciente diabético en el programa Diabetimss, 2020, Puebla, México. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/11281>
32. Velasco L, E, Efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimiento de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 de Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas del Distrito Federal, 2016 Instituto Nacional de Salud Pública http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000100007
33. Selli, L et al. Técnicas educacionales en el tratamiento de la diabetes. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2005, v. 21, n. 5, pp. 1366-1372. Disponible. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500008>.
34. Viniegra V, L, Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2006 44 (1): 47-59. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745531007>
35. Villalobos A, Rojas M, Aguilar , Romero M, Mendoza A, Flores L, Escamilla A, Ávila-Burgos L., Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. *Salud Publica Mex.* http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-363420190006000876
36. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) www.paho.org/es/temas/diabetes
37. López V, Rodríguez T, Velázquez C. Conocimientos de diabetes y alimentación y control glucémico en pacientes diabéticos de un hospital de Asunción. *Rev cient cienc salud* [Internet]. 2021 ;3(1):45–55. Disponible en: http://www.upacifico.edu.py:8040/index.php/PublicacionesUP_Salud/article/view/134
38. Mourín J. Recomendaciones sobre el control adecuado de la glucosa sanguínea Coflujo.org. Disponible en: https://www.coflujo.org/docs/LA_AUTOMEDIDA_DE_LA_GLUCOSA_SANGUINEA.pdf
39. Rico S, Juárez L, Sánchez P, Muñoz A. Nivel de Conocimientos, Estilos de Vida y Control Glicémico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Ene.* 2018 ; 12(1): 757. Disponible

- en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100006&lng=es.
40. González P, Martínez V Y, Ponce R. Nivel de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención médica Org.mx. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2007-143-6-453-462.pdf
 41. Hernández P, Aponte G. Educación en diabetes: un aspecto clave de la formación actual en enfermería. Orinoquia 2014 dec; 18(2): 78-92. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0121-37092014000200007&lng=en.
 42. Mato J, Pinal i. 2009. Complicaciones de la diabetes mellitus. Clasificación y enfoque general. En: la diabetes mellitus en la práctica clínica. Tebar fj, escobar f. Capítulo 24. Panamericana: buenos aires, argentina. Pp. 189-195. <https://www.medicapanamericana.com/mx/libro/la-diabetes-en-la-practica-clinica>
 43. V. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An Fac Med (Lima Perú: 1990). 2009; 70(3):217–24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011
 44. Real Academia Española [Internet]. Rae.es. Disponible en: <https://dle.rae.es/conocimiento>
 45. López Stewart G. Diabetes Mellitus: clasificación, fisiopatología y diagnóstico. Medwave 2009 ;9(12). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/4315>
 46. Lozano JA. Diabetes mellitus. Offarm [Internet]. 2006;25(10):66–78. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-diabetes-mellitus-13095504>
 47. Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes statistics report, 2017. Centers for Disease Control and Prevention website. www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf
 48. American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in diabetes-2019. Diabetes Care 2019; 42(Suppl 1): S13–28. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/article/42/Supplement_1/S13/31150/2-Classification-and-Diagnosis-of-Diabetes
 49. Federación Internacional de Diabetes (FID) www.idf.org

50. Conget I. Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2002;55(5):528–35. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-diagnostico-clasificacion-patogenia-diabetes-mellitus-articulo-13031154>
51. García, Rosario, Suárez, Rolando, Resultados de la estrategia cubana de educación en diabetes tras 25 años de experiencia. Revista Cubana de Salud Pública 2007;33(2): Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433208>
52. Clement S. Diabetes self-management education. Diabetes Care 1995;18(8):1204–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.18.8.1204>
53. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (s.f.). El ABC de las estadísticas vitales. Tasa de Mortalidad por Causa. <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/inegi/abc-vital.pdf>
54. León-M et al. Eficacia de DiabetIMSS, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012;51(1):74-9 <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131j.pdf>
55. Castro-Meza A.N., Pérez-Zumano S.E., Salcedo-Álvarez R.A.. La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería. Enferm. univ 2017 Mar; 14(1): 39-46. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000100039&lng=es.
56. Gomez M. Educación en Diabetes en México . Beyond Type 1. 2019 Disponible en: <https://es.beyondtype1.org/educacion-en-diabetes-en-mexico/>
57. Garcia AA, Villagomez ET, Brown SA, Kouzekanani K, Hanis CL. The Starr County Diabetes Education Study: development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. Diabetes Care. 2001 ;24(1):16–21. Disponible en: <https://diabetesjournals.org/care/article/24/1/16/21151/The-Starr-County-Diabetes-Education>
58. Ética de la investigación en salud Gob.ar Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/etica-de-la-investigacion-en-salud>
59. Comisión Nacional de Bioética Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>
60. Instituto Nacional de Salud Pública (<https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html>)
61. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_diseño_conceptual.pdf

62. Hernández Sampieri, Roberto; et al. Metodología de la Investigación. 2ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2001. Pág. 52 - 134 <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>



21. ANEXOS

A. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| SECCION I | | | | | | |
|--|--------------------|--|--|--------------------------------|-------------|--------|
| DATOS SOCIODEMOGRAFICAS: DATOS GENERALES | | | | | | |
| ITEM | VARIABLE | DEFINICION DE CONCEPTO | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA MEDICION | INDICADORES | CODIGO |
| 1 | SEXO | Según Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a las actividades creadas por la sociedad, comportamientos, actividades y condiciones que son apropiadas para hombres y mujeres en una sociedad. | Características sexuales externas observadas en el momento del nacimiento al que pertenece el paciente | Cualitativa nominal dicotómica | Femenino | 1 |
| | | | | | Masculino | 2 |
| 2 | EDAD | Número de años transcurridos desde la fecha de nacimiento lo determina la Academia Española. | Tiempo vivido por una persona expresado en años (59 | Cuantitativa | 19-30 | 1 |
| | | | | | 31-40 | 2 |
| | | | | | 41-50 | 3 |
| | | | | | 51-64 | 4 |
| | | | | | Mayor de 65 | 5 |
| 3 | ESTADO CIVIL | Es una condición especial que caracteriza a una persona que mantiene relaciones con personas del mismo o de distinto género, creando una relación reconocida por la ley aunque no sean parientes o parientes cercanos.(59) | El estado civil reportado por los pacientes mediante la encuesta. | Cualitativa nominal | Soltero | 1 |
| | | | | | Casado | 2 |
| | | | | | Separado | 3 |
| | | | | | Viudo | 4 |
| 4 | AÑOS DE ENFERMEDAD | Es el tiempo Tierra gira alrededor del Sol. Unión Astronómica Internacional 2016 | Tiempo comprendido entre el diagnóstico de DM y la aplicación de la encuesta expresado en años | Cuantitativa | 1 | 1 |
| | | | | | 2 a 5 | 2 |
| | | | | | 6 a 10años | 3 |
| | | | | | Más de 11 | 4 |

SECCION II

EVALUACION EDUCACION EN DIABETES (DKQ 24)

| OBJETIVO | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | PORCENTAJE GLOBAL | PORCENTAJE SEGUN VARIABLE | INDICADOR | ITEM |
|---|--------------------------------------|---|--------------------------------|---|---|---|------|
| Terminar el nivel de conocimientos que los pacientes del grupo de estudio poseen respecto a su enfermedad | Conocimiento Básico de la Enfermedad | Puntaje obtenido posterior al cuestionario diabetes mellitus Tipos II | Incorrecto (0) Correcto (1) | Adecuado (17-24) Intermedio (9-16) Inadecuado (0-8) | Adecuado (8-10) Intermedio (4-7) Inadecuado (0-3) | El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de diabetes | 1 |
| | | | | | | La causa más común es la falta de insulina efectiva en el cuerpo | 2 |
| | | | | | | La diabetes es causada por que los riñones no pueden mantener la azúcar fuera de la orina | 3 |
| | | | | | | Los riñones producen la insulina | 4 |
| | | | | | | En la diabetes sin tratamiento, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube | 5 |
| | | | | | | Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos | 6 |
| | | | | | | Se puede curar la diabetes | 7 |
| Terminar el nivel de conocimientos que los pacientes del grupo de estudio poseen respecto a su enfermedad | Control de la glucemia | Puntaje obtenido posterior al cuestionario diabetes mellitus Tipos II | Incorrecto (0) Correcto (1) | Adecuado (17-24) Intermedio (9-16) Inadecuado (0-8) | Adecuado (8-10) Intermedio (4-7) Inadecuado (0-3) | Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y Tipo 2 (no-dependiente de insulina) | 11 |
| | | | | | | La manera en que preparo mi comida es igual de importante que las comidas que como | 18 |
| | | | | | | Una dieta diabética consiste principalmente de comidas especiales | 24 |
| | | | | | | Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre, hecha en ayunas es muy alto | 8 |
| | | | | | | La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina | 9 |
| | | | | | | El ejercicio regular aumentará la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes | 10 |
| | | | | | | Una reacción de insulina es causada por mucha comida | 12 |
| | | | | | | La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes | 13 |
| | | | | | | El temblar y sudar son señales de azúcar alta en sangre | 21 |
| | | | | | | El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en la sangre | 22 |
| | | | | | | La diabetes frecuentemente causa mala circulación | 14 |
| Prevención de complicaciones | Prevencción de complicaciones | Puntaje obtenido posterior al cuestionario diabetes mellitus Tipos II | Incorrecto (0) Correcto (1) | Adecuado (17-24) Intermedio (9-16) Inadecuado (0-8) | Adecuado (8-10) Intermedio (4-7) Inadecuado (0-3) | Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabético | 15 |
| | | | | | | Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies | 16 |
| | | | | | | Una persona con diabetes debería de limpiar una cortadura primero con Isodine | 17 |
| | | | | | | La diabetes puede dañar mis riñones | 19 |
| | | | | | | La diabetes puede causar que no sienta mis manos, dedos y pies | 20 |
| Los calcetines y las medias elásticas apretadas no son malos para los diabéticos | 23 | | | | | | |

B. INSTRUMENTO RECOLECCION DATOS

Sección I. Características sociodemográficas

1. Sexo: a) Femenino b) Masculino

2. Edades: a) 19-30 b) 31-40 c) 41-50 d) 51-64 e) Mayor de 65

3. Situación Familiar: a) Soltero b) Casado c) Separado d) Viudo

4. Años de padecimiento: a) Un año b) 2 a 5 años c) 5 a 10 años d) Mas de 11 años

Sección II. CUESTIONARIO DKQ 24

Cuestionario de conocimientos de diabetes tipo 2

Instrucciones: Lea cuidadosamente y responda libremente marcando la casilla marcando con una X la respuesta que considere más adecuada para usted, sí, no o no sé, según sea su caso.

| | PREGUNTAS | SI | NO | NO SE |
|----|---|----|----|-------|
| 1 | El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes | | | |
| 2 | La causa más común de la diabetes es la falta de insulina que funciona adecuadamente en el cuerpo | | | |
| 3 | La diabetes es causada por que los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina | | | |
| 4 | Los riñones producen insulina | | | |
| 5 | En la diabetes sin tratamiento, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube | | | |
| 6 | Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos | | | |
| 7 | Se puede curar la diabetes | | | |
| 8 | Un nivel de azúcar de 210 en una prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto | | | |
| 9 | La mejor manera de controlar mi diabetes es con un examen de orina | | | |
| 10 | Hacer ejercicio regularmente aumentará la necesidad de insulina o de otro medicamento para mi diabetes | | | |
| 11 | Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y Tipo 2 (no-dependiente de insulina) | | | |
| 12 | En un paciente diabético, comer mucho estimula la producción de insulina | | | |
| 13 | Las medicinas son más importantes que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes | | | |
| 14 | La diabetes frecuentemente causa mala circulación | | | |
| 15 | Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabéticos | | | |
| 16 | Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies | | | |
| 17 | Una persona con diabetes debería limpiar una cortadura primero con yodo y alcohol | | | |
| 18 | La forma como preparo mis alimentos es igual de importante que los alimentos que ingiero | | | |
| 19 | La diabetes puede dañar mis riñones | | | |
| 20 | La diabetes puede causar que no sienta bien en mis manos, dedos y pies | | | |
| 21 | Son señales de azúcar alta en la sangre: El temblar y sudar | | | |
| 22 | Son señales de azúcar baja en la sangre: orinar seguido y tener mucha sed | | | |
| 23 | Las medias y los pantys elásticos apretadas son malas para los diabéticos | | | |
| 24 | Una dieta diabética consiste principalmente de comidas especiales | | | |

C. MANUAL OPERACIONAL

Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24)

El propósito de este cuestionario es recopilar información con fines de investigación. "Nivel de Conocimiento en diabetes de los pacientes diabéticos tipo 2", mediante dos cuestionarios. Le agradecemos conteste lo más cercano a sus realidad y características personales, debe contar con la confianza de que la información se utilizará con fines de investigación y será manejada exclusivamente por el investigador.

- Formato de datos sociodemográficos

Sección I. Características sociodemográficas

NOMBRE O NSS: _____

Sexo: a) Femenino b) Masculino

Edad: a)19-30 b)31-40 c)41-50 d)51-64 e) Mayor de 65

Situación Familiar: a) Soltero b) Casado c) Separado d) Viudo

Años de padecimiento: a) Un año b) 2 a 5 años c) 5 a 10años d) Mas de 11 años

- Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24)

Esta pregunta se refiere a cómo se siente acerca de sus hábitos y su vida. Responda cada pregunta con atención y trate de no perderse ninguna pregunta marcando la respuesta más cercana con una x.

Se informó al encuestado de las opciones de respuesta y se marcaron las respuestas del entrevistador con x, cada pregunta se codifico de acuerdo con el instrumento

SI = 2 NO = 1 NO SÉ = 0

Para esta evaluación se le pregunto al entrevistado de la UMF 7, IMSS delegación Aguascalientes, conocimientos básicos sobre la enfermedad. Esta dimensión abarca 1 a 10 ítems con puntaje mínimo 0 y máximo de 2, control de la glucemia de 11 a 17 ítems con puntaje mínimo 0 y máximo de 2, prevención de complicaciones de 18 a 24 ítems con puntaje mínimo 0 y máximo de 2.

El puntaje obtenido va de 0 a más de 24, a mayor puntaje mayor conocimiento. Sera evaluado Adecuado con puntaje igual o mayor a 17, Intermedio con puntaje de 16 a 9, Inadecuado con puntaje igual o mejor de 8

1.-El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 sabe que el consumir ciertos tipos de alimentos, pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

2.- La causa más común de la diabetes es la falta de insulina que funciona adecuadamente en el cuerpo

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 conoce la función de la insulina con respecto a la enfermedad

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

3.- La diabetes es causada por que los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 identifica la función del riñón, durante el proceso de la enfermedad

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

4.- Los riñones producen insulina

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 sabe dónde es producida la insulina en su cuerpo

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

5.- En la diabetes sin tratamiento, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 conoce las consecuencias de la falta de tratamiento

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

6.- Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 está consciente de los factores genéticos como riesgo para sus descendientes.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

7.- Se puede curar la diabetes

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 está consciente de la prevalencia y duración de la enfermedad

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

8.- Un nivel de azúcar de 210 en una prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 conoce los niveles de glucemia en ayunas y los niveles de riesgo

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

9.- La mejor manera de controlar mi diabetes es con un examen de orina

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 reconoce cuales son las medidas para el control de su glucemia

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

10.- Hacer ejercicio regularmente aumentará la necesidad de insulina o de otro medicamento para mi diabetes

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 esta informado sobre los beneficios del ejercicio para el control glucémico

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

11.- Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y Tipo 2 (no-dependiente de insulina)

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 conoce los tipos de diabetes mellitus

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

12.- En un paciente diabético, comer mucho estimula la producción de insulina

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 está consciente de la cantidad y tipos de alimentos que debe consumir en base a su enfermedad

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

13.- Las medicinas son más importantes que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 está informado sobre los hábitos que ayudaran a su control glucémico

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

14.- La diabetes frecuentemente causa mala circulación

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 conoce las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

15.- Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabéticos

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 está informado sobre los cuidados que tener para evitar heridas

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

16.- Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 conoce las medidas de cuidado que debe tener para evitar infecciones en pies

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

17.- Una persona con diabetes debería limpiar una cortadura primero con yodo y alcohol

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 realiza las medidas de cuidado e higiene en las heridas, para evitar complicaciones

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

18.- La forma como preparo mis alimentos es igual de importante que los alimentos que ingiero

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 prepara los alimentos de forma correcta y con las medidas de higiene necesarias

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

19.- La diabetes puede dañar mis riñones

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 conoce cual es uno de los órganos más afectados y las complicaciones crónicas más frecuentes debido a hiperglucemias

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

20.- La diabetes puede causar que no sienta bien en mis manos, dedos y pies

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 está informado sobre los síntomas de la neuropatía diabética

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

21.- Son señales de azúcar alta en la sangre: El temblar y sudar

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 reconoce los síntomas de una hipoglucemia

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

22.- Son señales de azúcar baja en la sangre: orinar seguido y tener mucha sed

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 identifica los síntomas de una hiperglucemia

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

23.- Las medias y los pantys elásticos apretadas son malas para los diabéticos

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 está informado sobre los cuidados generales para un retorno venoso favorable y la función de las medias de compresión.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé

24.- Una dieta diabética consiste principalmente de comidas especiales

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado de la UMF 7 conoce el tipo de alimentación que dentro de sus posibilidades es adecuado para el control glucémico

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el entrevistado, la cual será identificada porque estará marcada con una x, y la puntuación será:

2.- Si 1.- No 0.- No sé