

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**ACTITUDES HACIA LA DIABETES DEL PERSONAL DE  
SALUD MÉDICO TRATANTE Y PACIENTES CON  
DIABETES MELLITUS TIPO II EN LIMA  
METROPOLITANA – PERÚ, ENERO 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**CARMEN LUZ AYALA GARRIDO**

**LIMA-PERÚ**

**2015**

**ASESOR:**

**Dr. John Carlos M. Longa López**

***Médico Asistencial del C.S Túpac Amaru de Villa y docente de la  
Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma***

***JURADO:***

***PRESIDENTE: Dr. Braulio Cuba Corrido***

***MIEMBRO: Dr. Raúl Chocano Muñoz***

***MIEMBRO: Dr. David Galván Barrantes***

## **DEDICATORIA**

*A mi Madre, por que fuiste y eres mi guía en cada paso, tu perseverancia fue mi mejor ejemplo y tu amor ilimitado mi mayor aliento.*

*A mi hermana Brenda, por la paciencia pero por sobre todo por creer en mi hasta el día de hoy.*

*A mi Tíos, Víctor, José Luis y Oscar por darme hasta hoy el mejor de los regalos, su amor incondicional.*

*Akira por desvelarte conmigo todos estos años, tu lealtad, alegría e inamovible fé, son sentimientos que llevaré siempre conmigo.*

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento a cada uno de los maestros, quienes con su experiencia, tiempo, dedicación y conocimientos enriquecieron mi formación.

De manera particular agradezco al personal de salud y los pacientes que con su participación me permitieron realizar el presente trabajo, el cual contribuirá a conocer cuáles son las diferencias que separan ambos protagonistas en el abordaje de esta enfermedad.

Y mi especial agradecimiento al Mg. John Carlos M. Longa López por confiar en este trabajo, por su dedicación y disposición de asesorarme, y quien se convirtió en una fuente de admiración y ejemplo a seguir.

## **Actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**

Ayala Garrido, Carmen

---

**OBJETIVO:** Comparar las actitudes hacia la diabetes entre el personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015

**METODOS:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo en el cual se evaluó al personal de salud que acudió al curso de educadores de diabetes y a pacientes que acudieron a las sesiones educativas que realiza la asociación de diabetes del Perú (ADIPER). Se empleó el muestreo no probabilístico, a conveniencia, el tamaño de la muestra fue de 178 personales de salud y 178 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento es la escala DAS 3sp. Esta escala es la tercera versión del Diabetes Attitude Scale (DAS-3), cuestionario válido y fiable para evaluar actitudes hacia la diabetes mellitus tipo 2, apropiado tanto para efectuar comparaciones entre diferentes grupos de profesionales sanitarios o pacientes. Se realizó el análisis descriptivo y bivariado en el que se comparó el grupo del personal de salud y los pacientes con diabetes tipo 2, se utilizó la Prueba de T de student y el análisis de la varianza (ANOVA). Para dicho proceso se empleó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20.

**RESULTADOS:** La edad media del personal de salud fue de 42.21 años  $\pm$  10.31 años, el 82.6% es de sexo femenino, el 17.4% masculino; el 81.5% trabaja en el área de consultorio externo, el 2.2% en hospitalización, el 6.7% en emergencia y el 9.6% en el área administrativa; el 43.8% es médico, el 31.5% es Lic. en enfermería, el 13.5% es nutricionista y el 11.2% es de otro perfil ocupacional. El 9.6% atiende pacientes diabéticos muy frecuentemente, el 28.1% frecuentemente, el 46.6% a veces, el 13.5% casi nunca y 2.2% nunca.

La edad media de los pacientes es de 64.44 años  $\pm$  8.67años, el 86% es de sexo femenino y el 14% masculino; el 2.2% es analfabeto, el 35.4% tiene primaria, el 25.8% secundaria, el 23% superior técnica y el 13.5% superior universitaria. El 61.8% usa ADO, el 7.3% usa insulina y el 30.4% usa

ADO+Insulina. El 45.5% no presenta ninguna complicación y el 50.5% tiene complicaciones. El 31.5% no presenta comorbilidades; el tiempo de enfermedad promedio es 12.26 años  $\pm$ 7.07.

Las actitudes hacia la diabetes del personal de salud en la dimensión de necesidad de entrenamiento la media es de 4,51; en la dimensión percepción de la gravedad la media es de 3,84; en la dimensión valoración del control estricto la media es de 3,78; en la dimensión valoración del impacto psicosocial la media es de 3,79; en la dimensión autonomía el paciente la media es de 3,68. Las actitudes hacia la diabetes de los pacientes; en la dimensión necesidad de entrenamiento la media es de 3,45; en la dimensión percepción de la gravedad la media es de 3,29; en la dimensión valoración del control estricto la media es de 3,31; en la dimensión valoración del impacto psicosocial la media es de 4,11; en la dimensión autonomía el paciente la media es de 3,85. Al comparar las actitudes entre el personal de salud y los pacientes se encontró que en la dimensión necesidad de entrenamiento la T student = 21.52 p =0.000 IC95%(0.963-1.156), en la dimensión percepción de la gravedad T student=9.210 p=0.000 IC95% (0.429-0.662); en la dimensión valoración del control estricto T student=7.61 p=0.000 IC 95%(0.34-0.58), en la dimensión valoración del impacto psicosocial T student= -5.47 p=0.005 IC 95% -(0.428-0.202) y en la dimensión autonomía del paciente T student=-3.485 p=0.001 IC95%-(0.265-0.074)

**CONCLUSIONES** Las actitudes hacia la diabetes entre el personal de la salud y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son diferentes; el personal de salud le da mayor importancia a la necesidad de entrenamiento especial, la percepción de la gravedad y la valoración del control estricto, en tanto que el paciente con diabetes mellitus tipo 2 le da mayor importancia a la valoración del impacto psicosocial y la autonomía del paciente.

**PALABRAS CLAVES:** actitudes, diabetes mellitus, personal de salud, competencias

## **Attitudes toward treating diabetes health personnel and patients with diabetes mellitus type 2 in Lima - Peru, January 2015**

Ayala Garrido, Carmen

---

**OBJECTIVE:** To compare attitudes toward diabetes among health personnel and treating patients with type 2 diabetes mellitus in Peru Lima Metropolitana, January 2015

**METHODS:** observational, descriptive, cross-sectional, prospective study in which health personnel who attended the course of diabetes educators and patients attending the educational sessions carried out by the diabetes association in Peru (ADIPER) was evaluated. Non-probability sampling is used, a convenience, the sample size was 178 health personnel and 178 patients with type 2 diabetes mellitus in Lima. The data collection technique was the survey and the instrument scale 3sp DAS. The DAS3sp scale is the third version of the Diabetes Attitude Scale (DAS-3), valid and reliable questionnaire to assess attitudes towards diabetes mellitus type 2, suitable both for comparisons between different groups of health professionals or patients. Descriptive and bivariate analysis was performed in the group of health workers and patients with type 2 diabetes compared, the Student t test and analysis of variance (ANOVA) was used. For this process the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 20 statistical package was used.

**RESULTS:** The average age of health workers was 42.21 years  $\pm$  10.31 years, 82.6% is female, 17.4% male; 81.5% work in the area of outpatient, inpatient 2.2%, 6.7% in emergency and 9.6% in the administrative area; 43.8% a doctor, 31.5% is nursing, 13.5% is 11.2% nutritionist and occupational profile is of another. 9.6% attends diabetic patients very often, 28.1% often, 46.6% sometimes, 13.5% and 2.2% rarely ever. The average age of patients is 64.44 years  $\pm$  8.67 años, 86% are female and 14% male; 2.2% are illiterate, 35.4% had primary education, 25.8% secondary, technical 23% higher and 13.5% higher university. 61.8% use ADO, 7.3% used insulin and ADO + 30.4% used insulin. 45.5% did not present any complication and 50.5% have complications. 31.5% no comorbidities; average disease time is 12.26  $\pm$  7.07 years. Diabetes attitudes toward health personnel in the size you need for training average is 4.51; in



the size perceived severity the average is 3.84; in the evaluation dimension of strict control, the average is 3.78; in assessing the impact of the psychosocial dimension average is 3.79; dimension in the average patient autonomy is 3.68. Attitudes toward diabetes patients; dimension in the need for training the average is 3.45; in the size perceived severity average is 3.29; in the evaluation dimension of strict control, the average is 3.31; in assessing the impact of the psychosocial dimension average is 4.11; dimension in the average patient autonomy is 3.85. To compare attitudes among health personnel and patients it found that in dimension need for training the student  $T = 21.52$   $p = 0.000$  95% CI (0.963-1.156), in the perception dimension of gravity  $T$  student = 9.210  $p = 0.000$  95% (0.429-0.662); dimension in assessing student strict control  $T = 7.61$   $p = 0.000$  95% CI (0.34 to 0.58) in dimension Psychosocial impact assessment student  $T = -5.47$   $p = 0.005$  CI95% - (0.428-0.202) and patient autonomy dimension  $T$  student = 3485  $p = 0.001$  CI95% -(0.265-0.074)

**CONCLUSIONS:** attitudes toward diabetes among health personnel and patients with diabetes mellitus type 2 is different; health personnel gives more importance to the need for special training, the perceived seriousness and appreciation of strict control, while patients with diabetes mellitus type 2 gives greater importance to the assessment of psychosocial impact and autonomy patient.

**KEYWORDS:** attitudes, diabetes mellitus, personal health, skills

## INDICE

LISTA DE TABLAS .....	11
1. MARCO TEÓRICO .....	14
2. INTRODUCCIÓN.....	27
a) Línea de Investigación .....	27
b) Descripción del problema.....	27
c) Planteamiento del problema.....	29
d) Justificación .....	34
e) Objetivos.....	38
f) Hipótesis .....	38
3. ANTECEDENTES.....	39
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	43
a) Definiciones operacionales .....	43
b) Diseño general del estudio.....	46
c). Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, Unidad de análisis ....	46
d) Criterios de inclusión y exclusión .....	47
e) Procedimientos para la colección de la información .....	47
f) Instrumentos utilizados y método en el control de calidad de los datos.....	48
g) Análisis de resultados .....	48
5. LUGAR DE EJECUCIÓN.....	49
6. RESULTADOS .....	50
7. DISCUSION.....	99
8. CONCLUSIONES.....	108
9. RECOMENDACIONES.....	109
10. Presupuesto .....	112
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA .....	113
12. ANEXOS.....	119

## LISTA DE TABLAS

Tabla N°1: Edad del personal de salud tratante en Lima Metropolitana-Perú Enero 2015	49
Tabla N°2: Sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana-Perú Enero 2015	49
Tabla N°3: Área donde labora el personal de salud tratante en Lima Metropolitana Perú, Enero 2015	50
Tabla N°4: Perfil Ocupacional del personal de salud tratante en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015	51
Tabla N° 5: Frecuencia de atención a pacientes diabéticos por el personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	52
Tabla N° 6: Edad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana Perú, Enero 2015	53
Tabla N°7: Sexo del paciente con diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana Perú, Enero 2015	54
Tabla N° 8: Grado de Instrucción del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015	55
Tabla N° 9: Tipo de tratamiento que recibe el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana -Perú, Enero 2015	56
Tabla N°10: Complicaciones reportadas por el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015	57
Tabla N° 11: Comorbilidad reportada por el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015	58
Tabla N° 12: Tiempo de enfermedad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015	59
Tabla N° 13: Actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	59
Tabla N° 14: Actitudes hacia la diabetes de los pacientes en Lima Metropolitana Perú, Enero 2015	60
Tabla N° 15: Necesidad de entrenamiento especial según sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	62
Tabla N° 16: Percepción de la gravedad según sexo del personal de salud	

	tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	63
Tabla N° 17:	Valoración del control estricto según sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	64
Tabla N° 18:	Valoración del impacto psicosocial según sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	65
Tabla N° 19:	Autonomía del paciente según sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	66
Tabla N° 20:	Actitud hacia la diabetes según edad del personal de salud tratante en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015	67
Tabla N° 21:	Actitud hacia la diabetes según perfil ocupacional del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	68
Tabla N°22:	Actitud hacia la diabetes según área laboral del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	73
Tabla N° 23:	Necesidad de entrenamiento especial según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	77
Tabla N° 24:	Percepción de la gravedad según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	78
Tabla N° 25:	Valoración del control estricto según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	79
Tabla N° 26:	Valoración del impacto psicosocial según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	80
Tabla N° 27:	Autonomía del paciente según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	81
Tabla N° 28:	Actitud hacia la diabetes según grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015	82
Tabla N° 29:	Actitud hacia la diabetes según edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	87
Tabla N° 30:	Actitud hacia la diabetes según tiempo de enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	88
Tabla N° 31:	Actitud hacia la diabetes según tratamiento recibido por los pacientes	

con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015  
89

- Tabla N° 32: Actitud hacia la diabetes según Tipo de complicaciones reportadas por los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana Perú, Enero 2015 93
- Tabla N° 33: Necesidad de entrenamiento especial del personal de salud tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana-Perú Enero 2015 98
- Tabla N° 34: Percepción de la gravedad del personal de salud tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero, 2015 99
- Tabla N° 35: Valoración del control estricto del personal de salud tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015 100
- Tabla N° 36: Valoración del impacto psicosocial del personal de salud tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015 101
- Tabla N° 37: Autonomía del paciente percibido por el personal de salud y pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la ciudad de Lima- Perú, Enero 2015 102

# 1. MARCO TEÓRICO

## ***Actitudes***

Las actitudes forman parte de nuestra vida y de nuestro comportamiento.

Poseemos múltiples actitudes (a favor o en contra del: aborto, del divorcio, de la pena de muerte, de una determinada alternativa política, de la religión, de la donación de órganos, etc...). Todas ellas son aprendidas y las adquirimos en el transcurso de nuestra interacción social, a través de las distintas agencias de socialización.

Al ser aprendidas son susceptibles de modificación. Esto no significa que todas nuestras actitudes se modifican, ya que muchas de ellas son bastante estables y van a mantenerse, o a experimentar pequeños cambios, a lo largo de nuestra existencia, pero otras van a variar.

La exposición a otra información, a otros grupos o nuestra experiencia personal pueden cambiar nuestras actitudes, así como proporcionarnos otras nuevas.

Los profesionales de la salud continuamente estamos intentando o bien modificar actitudes o fomentar la adquisición de aquellas que benefician a la salud.

Conocer nuestras actitudes, las de los pacientes y las familias que vamos a atender, y las variables que favorecen su cambio nos va a ser muy útil por tres motivos, principalmente<sup>1</sup>:

- 1) Está demostrado que nuestras actitudes repercuten en la de nuestros pacientes, a través tanto de la comunicación verbal como no verbal,
- 2) Las actitudes de los pacientes están muy relacionadas con su salud y la adherencia a los tratamientos y

- 3) Conocer las variables implicadas en el cambio de actitudes nos va a permitir proporcionar información más persuasiva y eficaz.

### ***Definición***

Una definición clásica de actitud es la establecida por Allport, que la consideraba 'un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones' (Allport, 1935, en Martín-Baró, 1988).

Esta definición plantea ya algunas características centrales de la actitud (Vallerand, 1994): a) es un constructo o variable no observable directamente; b) implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos; c) tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción -aunque no se debe confundir con ella- y también influencia la percepción y el pensamiento; d) es aprendida; e) es perdurable; y, f) tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado.

Entonces se podría definir la actitud como una predisposición, aprendida, a valorar o comportarse de una manera favorable o desfavorable una persona, objeto o situación.

### ***Teorías Clásicas sobre la Formación de las Actitudes***

Las teorías clásicas de la formación de las actitudes postularon que éstas se aprendían de la misma forma que otras respuestas aprendidas<sup>2</sup>. Se consideraba que las respuestas actitudinales se reforzaban por procesos de condicionamiento clásico e instrumental.

#### ***El Condicionamiento Clásico de las Actitudes***

El condicionamiento clásico plantea que un estímulo neutral no capaz de elicitar una determinada respuesta, adquiere esta capacidad gracias a la

asociación de éste, de forma repetida, con un estímulo que provoca dicha respuesta.

Diferentes autores han considerado que la formación de las actitudes podía darse por un proceso de condicionamiento clásico y que éstas podían afectar a posteriores respuestas comportamentales. Staats y Staats (1958) presentando a estudiantes el nombre de ciertas nacionalidades acompañadas por adjetivos positivos, negativos o neutros, encontraron que aquellas que habían sido apareadas con adjetivos positivos se evaluaban más favorablemente que las apareadas con adjetivos negativos. Según el condicionamiento clásico, la respuesta actitudinal es debida a la mera asociación entre el estímulo condicionado y el incondicionado.

Sin embargo, esta aproximación ha sido criticada ya que no llega a explicar los procesos que median entre la asociación de las respuestas evaluativas con los estímulos incondicionados.

Igualmente, algunos investigadores (Insko y Oakes, 1966) criticaron dicha conceptualización aduciendo una explicación en términos de características de la demanda. Es decir, se sugirió que los sujetos se daban cuenta de la relación existente entre los nombres de las nacionalidades y las palabras evaluativas y respondían según a las expectativas del experimentador. Sin embargo, dicha crítica también ha sido refutada por otra serie de autores (Krosnick, Betz, Jussim y Lynn, 1992) que demostraron a través de una serie de experimentos que los resultados en la formación actitudinal no podían ser explicados en los términos anteriormente citados.

En definitiva, las investigaciones desde la perspectiva del condicionamiento clásico sugieren que nuestras actitudes pueden ser 'teñidas' sin querer por el contexto en que un objeto se ha experimentado, siendo un proceso bastante funcional cuando la relación entre el estímulo y el contexto es estable (Stroebe y Jonas, 1996)<sup>2</sup>.



## El Condicionamiento Instrumental de las Actitudes

Según el paradigma del condicionamiento instrumental una respuesta que forma parte del repertorio comportamental del sujeto puede ser reforzada. Así, aquellas respuestas que vengan acompañadas de consecuencias positivas para el sujeto tenderán a ser repetidas en mayor medida que aquellas que eliciten consecuencias negativas (Stroebe y Jonas, 1996).

Un estudio clásico es el de Verplanck (1955) que encontró que el refuerzo verbal a través del reconocimiento diferencial de las opiniones de los sujetos producía una mayor frecuencia de declaraciones de opinión cuando éstas eran reforzadas positivamente.

Igualmente, otra serie de autores (Hildum y Brown, 1965; Insko, 1965) demostraron que las actitudes podían modificarse a través del refuerzo diferencial. Por ejemplo, Insko (1965) entrevistó a una serie de estudiantes acerca de un tema de interés. A la mitad de ellos se les reforzó a través de respuestas verbales actitudinales favorables y a la otra mitad con respuestas actitudinales desfavorables. Posteriormente, se pasó a los sujetos un cuestionario para valorar su actitud acerca del asunto fruto de la entrevista y se encontró que, una semana más tarde, los grupos -reforzados diferencialmente- diferían en su actitud<sup>3</sup>.

Sin embargo, aunque se acepta que el refuerzo verbal puede suscitar un cambio de actitud, una crítica que se establece a este paradigma es que no llega a explicar si estos efectos se dan automáticamente o si, por el contrario, existen diferentes procesos cognitivos que median la relación. En este sentido, Cialdini e Insko (1969) plantean que el refuerzo verbal presenta dos funciones: a) es un indicador de la posición actitudinal del entrevistador; y, b) establece una relación entrevistador-entrevistado.

### ***Estructura de las Actitudes: Los Modelos sobre la Actitud***

### Modelos Tridimensional, Bidimensional y Unidimensional

Según el **modelo tridimensional** toda actitud incluye tres componentes: a) el cognitivo; b) el afectivo; y, c) el conativo-conductual (McGuire, 1968, 1985; Breckler, 1984; Judd y Johnson, 1984; Chaiken y Stangor, 1987).

El componente cognitivo se refiere a la forma como es percibido el objeto actitudinal (McGuire, 1968), es decir, al conjunto de creencias y opiniones que el sujeto posee sobre el objeto de actitud y a la información que se tiene sobre el mismo (Hollander, 1978).

El componente afectivo podría definirse como los 'sentimientos de agrado o desagrado hacia el objeto' (McGuire, 1968).

El componente conativo hace referencia a las tendencias, disposiciones o intenciones conductuales ante el objeto de actitud (Rosenberg, 1960; Breckler, 1984).

Las teorías de la Consistencia que dominaron el estudio de la actitud en la década de los 70 (Festinger, 1957; Festinger y Carlsmith, 1959; Rosenberg, 1960; Zajonc, 1968) enfatizaban la alta relación y concordancia existente entre estos componentes actitudinales. Un cambio en uno de ellos supondría cambios en los demás, siendo el grado de congruencia entre las propias creencias -o entre las creencias y la afectividad suscitada- hacia el objeto actitudinal un importante elemento motivacional para el sujeto. Sin embargo, las investigaciones de campo sobre la disonancia cognitiva han mostrado que las personas no se centran particularmente en descubrir las inconsistencias entre creencias, que no suelen ser conscientes de ellas y que no pasan mucho tiempo tratando de descubrirlas.

En la actualidad, se critica que se presuponga la existencia de una relación entre creencias, afectividad y conducta, ya que eso implica que la definición de actitud al mismo tiempo plantea la explicación del fenómeno.

Además, algunos autores han criticado el hecho de que se integre la conducta como un componente de la actitud puesto que, en ocasiones, la conducta puede resultar ser un objeto actitudinal -p. e., mi actitud con respecto a cruzar por un paso de cebra con el semáforo peatonal en rojo-.

Así, una postura subyacente insiste en una visión bidimensional de la actitud. Según el **modelo bidimensional**<sup>4</sup>, la actitud constaría de un componente afectivo y de un componente cognitivo. Sin embargo, son los modelos tri- y unidimensionales los que más atención han recibido (Stahlberg y Frey, 1990).

Por último, la aproximación **unidimensional** enfatiza el carácter evaluativo de la actitud. En este sentido, la actitud será sinónimo de sentimientos de simpatía-antipatía, aproximación-rechazo hacia el objeto actitudinal. Para Petty y Cacioppo (1981; 1986a, b), la actitud se entiende como una evaluación general y perdurable de carácter positivo o negativo sobre algún objeto de actitud. Según Fishbein y Ajzen (1975; Ajzen y Fishbein, 1980), los tres componentes del modelo tridimensional son entidades separadas, que pueden estar relacionadas o no según el objeto en cuestión. La actitud se define como una predisposición aprendida a responder de forma consistente de una manera favorable o desfavorable con respecto al objeto determinado. Por ello, los defensores del modelo unidimensional distinguen el concepto de actitud del de creencia y del de intención conductual. La creencia se referiría a las opiniones acerca del objeto de actitud. Las actitudes serían las evaluaciones afectivas efectuadas respecto al objeto. Las intenciones conductuales se referirían a la predisposición para realizar una cierta conducta con relación al objeto (Igartua, 1996).

Finalmente, en la actualidad una postura emergente combina las concepciones de los modelos tri- y unidimensionales planteando la siguiente definición de actitud: 'La actitud es una disposición evaluativa global basada

en información cognitiva, afectiva y conductual que, al mismo tiempo, puede influenciar a las cogniciones, las respuestas afectivas, la intención conductual y la conducta en sí misma' (Zanna y Rempel, 1988).

### ***Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales***

Sometido a rigurosa investigación empírica, tanto en estudios prospectivos como correlacionales, este modelo demuestra que en conjunto la información, la motivación y las habilidades conductuales explican 33% de la varianza del cambio conductual<sup>3</sup>. Específicamente, demuestra que la información es un prerequisite pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta. Además provee evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio conductual. La información y la motivación afectarían la conducta por medio de las habilidades conductuales. Sin embargo, cuando las habilidades conductuales son familiares o no complicadas, la información y la motivación pueden actuar directamente sobre la conducta. En este caso, un paciente puede seguir una prescripción basado en la información entregada por el médico. En el modelo, la relación entre motivación e información es débil. Sin embargo, la presencia de ambos aumenta el poder predictivo del modelo.

### **Modelos Unidimensionales Clásicos y Actuales**

#### **El Modelo Socio-cognitivo**

Según las concepciones inspiradas en las teorías de la cognición social<sup>2</sup>, la actitud es la categorización del objeto sobre una dimensión evaluativa almacenada en la memoria a largo plazo. La actitud es un esquema o estructura de conocimiento que se forma por asociación y cuya activación se rige por las redes y nodos de la memoria. La actitud es un conjunto estructurado de creencias, respuestas afectivas, intenciones de conducta y conductas recordadas en torno a un nodo afectivo-evaluativo. Algunas de estas estructuras son unipolares ya que poseen sólo creencias,

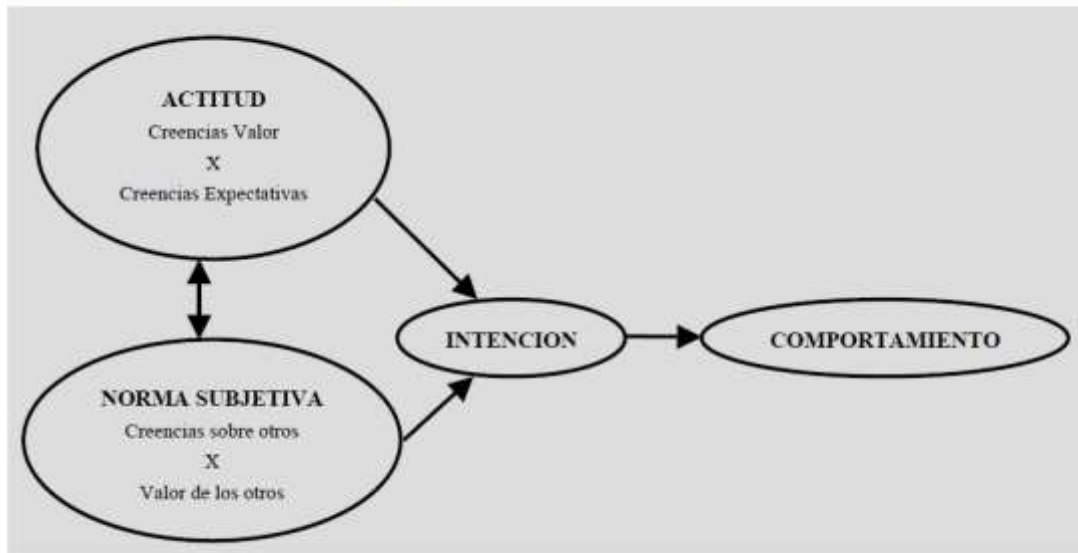
respuestas afectivas, etc. favorables ante el objeto actitudinal -p. e., la actitud ante los deportes-. Otras estructuras memorísticas son bipolares, en particular cuando se trata de actitudes con carga simbólica y asociadas a polémicas públicas -p. e., una persona con una actitud favorable hacia el aborto, probablemente tendrá en su estructura de conocimiento tanto creencias positivas como negativas ante el aborto.

### *El Modelo de la Acción Razonada*

La perspectiva del Modelo de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) postula una concepción unidimensional de la actitud, como fenómeno afectivo, pero determinada por las creencias sobre el objeto.

Este modelo aplica la lógica de la utilidad o del valor esperado (véase gráfico 1) tomando en cuenta los atributos positivos y negativos que se hayan asociados a la conducta. Así, la Teoría de la Acción Razonada afirma que la conducta está influenciada por la intención de conducta, y ésta a su vez está influenciada por la actitud y la norma subjetiva. Se supone que la persona toma decisiones en función de cómo valora los resultados de su comportamiento y de las expectativas que tiene sobre ese comportamiento con respecto a lograr dichos resultados. Además de esta racionalidad instrumental, el modelo integra la racionalidad cultural o normativa mediante una medida de la opinión favorable/desfavorable de los otros significativos ante la conducta específica y sobre la motivación para seguir esta opinión (Boyd y Wandersman, 1991)

Gráfico 1. Representación de la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980)



Diversas revisiones meta-analíticas realizadas con el fin de contrastar la validez del Modelo de la Acción Razonada, como son la de Sheppard, Hartwick y Warshaw (1988) y la de Van Den Putte (1991), encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la intención de conducta y la conducta real<sup>1</sup>, y entre la actitud y la norma subjetiva con la intención de conducta<sup>2</sup>. Además, van de Putte (1991) informó que la relación entre intención y actitud era más fuerte que la relación entre intención y norma subjetiva. Sin embargo, una puntualización realizada por Sheppard et al. (1988) fue que, si bien la relación entre intención de conducta y conducta real era alta cuando esta última era considerada como controlable por parte de las personas, la relación descendía cuando la conducta era un objetivo, es decir, cuando no estaba bajo el control de los sujetos, requería habilidades y de la colaboración de otros, había obstáculos o era una meta a alcanzar. Esta apreciación reflejaría que el comportamiento está determinado por procesos no contemplados por este modelo ya que: a) se aplica sólo a comportamientos que están bajo el control de los sujetos; y, b) la intención es un predictor más débil de la conducta cuando ésta no está bajo el control de uno.

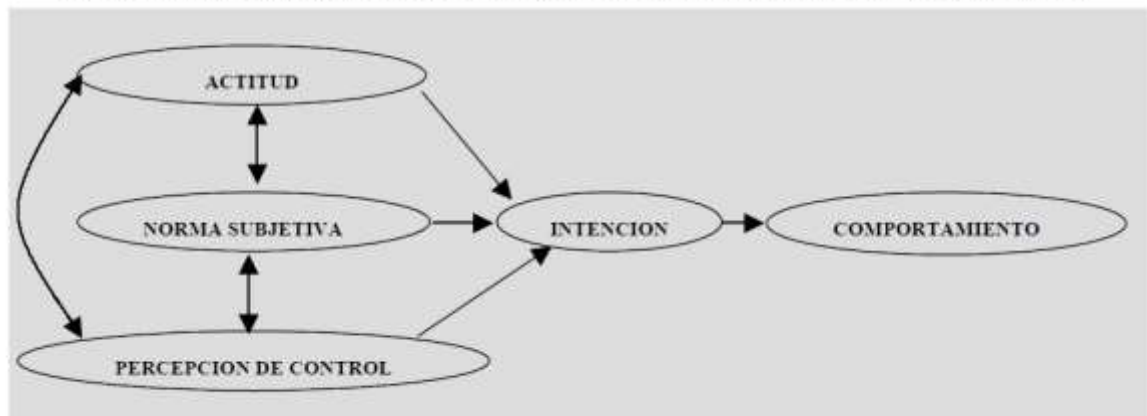
Por último, diversos estudios han encontrado que el Modelo de la Acción Razonada explica aproximadamente entre el 30-40% de la varianza

de la intención de conducta y entre el 25 y 35% de la varianza de la conducta real (Pagel y Davidson, 1984; Boyd y Wandersman, 1991; Sheppard, Hartwick y Warshaw, 1988).

### El Modelo de la Acción Planificada

Con el fin de paliar las deficiencias explicativas del Modelo de la Acción Razonada en cuanto a la diferenciación entre conducta controlable y/o conducta como objetivo, Ajzen (1988) amplió este modelo agregando un componente de percepción de controlabilidad de la conducta (véase gráfico 2). Así, el Modelo de la Acción Planificada intenta predecir tanto conductas voluntarias como aquellas que no están bajo el control exhaustivo de uno mismo. Se ha postulado que la percepción de control de la conducta a realizar es un elemento central en su predicción.

Gráfico 2. Representación del Modelo de la Acción Planificada propuesto por Ajzen (1988)



El control percibido hace referencia a la percepción de los obstáculos internos -falta de habilidades, de competencias- y externos o situacionales - poca accesibilidad, no colaboración de otros-. Esta variable ha mostrado tener efectos indirectos sobre la conducta a través de la intención de conducta. Sin embargo, su efecto directo es menor. Es decir, parece ser que el control percibido influye en la conducta posterior a través de la

planificación de ésta. En general, se ha encontrado que la inclusión de la percepción de control agrega una mayor capacidad explicativa al modelo (Chaiken y Stangor, 1987; Tesser y Shaffer, 1990).

Ajzen (1991) revisando diferentes estudios, encontró relaciones entre la conducta, las intenciones y el control percibido. La predicción del comportamiento se incrementó al incluir el control percibido en la mayoría de los estudios (Beale y Manstead, 1991; Borgida, Conner y Manteufel, 1992; DeVillis, Blalock y Sandler, 1990; Netemeyer y Burton, 1990). Basen-Engquist y Parcel (1992) realizaron una investigación sobre la Teoría de la Acción Razonada incluyendo la variable de auto-eficacia y encontraron que ésta contribuía de forma específica a la predicción de las intenciones así como de las conductas. El estudio de Sutton et al. (1999) encontró que mientras la actitud, la norma subjetiva y la percepción de riesgo predecían de forma significativa la intención de conducta, ni el control percibido ni la auto-eficacia lo hacían.

Por otro lado, con respecto a la percepción de control, existe un fenómeno asociado al sesgo de falsa unicidad bastante extendido entre las personas denominado ilusión de control. Éste consiste en la tendencia a tener una visión optimista de la capacidad de controlar la realidad. Desde este punto de vista, la percepción de control se puede mostrar sesgada positivamente y puede tener una relación compleja con la conducta.

### **Medida de las actitudes**

Una característica de las actitudes es que, en sí misma, no son directamente observables<sup>1</sup>, sino que es una variable latente que inferimos a través de la conducta o de las declaraciones verbales de las personas, lo cual dificulta el proceso de medida. Otro impedimento de la medida de las actitudes es el hecho de que si el individuo sabe que se está midiendo una de sus actitudes es probable que modifique sus respuestas o comportamientos sobre la base de lo que considera socialmente deseable o



a lo que cree espera el investigador de él, este fenómeno es conocido como reactividad.

A pesar de estas dos grandes limitaciones son muchos los instrumentos diseñados para la medida y el análisis de las actitudes.

### **Actitudes y Diabetes**

El diagnóstico de una enfermedad crónica usualmente tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas.<sup>4</sup> Su comunicación genera retos en la relación médico-paciente<sup>5</sup> relacionados con aspectos como la información o conocimiento de las personas sobre la enfermedad<sup>6</sup> y el vínculo que se da entre usuarios(as) y proveedores(as) de salud.

En las primeras etapas, luego del diagnóstico, puede experimentarse confusión y dificultad para manejar la información proveída en los servicios de asistencia, y especialmente, para llevar a vías de hecho la "disciplina" y el "rigor" exigidos para lograr el control de la enfermedad. Ello puede generar tensión emocional, expresada en momentos alternos de ansiedad, depresión e irritabilidad, en sentimientos de culpabilidad y auto-reproches cuando no se cumple con las indicaciones realizadas, con un impacto importante sobre las relaciones interpersonales.

Para algunas personas las respuestas podrían ser de negación y desestimación de la información brindada. Un estudio cualitativo en el que participaron varones peruanos con DM que presentaban pérdida de miembros inferiores debido a complicaciones crónicas neurovasculares de la enfermedad, refirieron que al momento del diagnóstico subestimaron, incluso obviaron, la información proveída por el(la) profesional de la salud, a partir de la no "visualización" de la enfermedad desde el punto de vista corporal. Una vez comenzadas a cumplir las orientaciones biomédicas de cara a su control, dejaban de expresarse las manifestaciones iniciales y agudas de la enfermedad, lo cual les daba la sensación, hasta cierto punto, de inexistencia

o irrealidad de esta. Ello les condujo a subvalorar sus consecuencias mediatas sobre la salud, no asumir conductas de autocuidado, lo cual probablemente influyó en la aparición de complicaciones.<sup>7</sup>

En general, la salud no requiere de una explicación, pero la enfermedad sí debe ser explicada (Farr, 1985). Así, las personas construyen sistemas de creencias acerca de la diabetes que funcionan como mediadores o traductores entre la enfermedad biológica y la experiencia personal. A su vez, estas creencias también son influenciadas por las interpretaciones culturales y sociales de la enfermedad en general y de cada patología en particular (Rolland, 2000). Más aún, aunque sin tener una causalidad lineal, las creencias inciden sobre las conductas que se llevan a cabo (Araya Umaña, 2002) y guardan relación con las actitudes que las personas adoptan frente a la patología.

Siguiendo el modelo tricomponente de Rosenberg y Hovland (1960) la actitud es un conjunto de tres componentes: un componente afectivo que se refiere a los sentimientos de la persona y la valoración que realiza del objeto; un componente cognitivo que incluye todas las ideas, saberes y opiniones del sujeto, y por último, el componente comportamental que es la tendencia a actuar de determinada manera con respecto al objeto. Desde esta conceptualización la actitud es una predisposición de la persona a actuar frente al objeto, a partir de 3 tipos de respuestas: afectiva, comportamental y cognitiva

### ***Instrumento para medir las actitudes hacia la diabetes***

El DAS-3 es un cuestionario de 33 preguntas, el cual está compuesto por cinco subescalas.<sup>8 9 ,10</sup> Cada subescala tiene un valor máximo de 5 puntos y un mínimo de 1 punto. A su vez, para cada pregunta, la puntuación máxima es 5 y la mínima 1, según el sujeto responda: “totalmente de acuerdo” (5 puntos), “de acuerdo” (4 puntos), “indiferente” (3 puntos), “en desacuerdo” (2 puntos) o “totalmente en desacuerdo” (1 punto).

S1) Necesidad de entrenamiento especial: valora la percepción de mayor necesidad de capacitación especial del personal de salud para explicar a los pacientes su patología.

S2) Percepción de la gravedad de la diabetes mellitus: valora la gravedad que tiene la enfermedad.

S3) Valoración del control estricto: percepción sobre la necesidad de un control estricto de la diabetes.

S4) Valoración del impacto psicosocial de la diabetes mellitus: valora cuan fuerte es el impacto de la enfermedad sobre aspectos sociales, económicos, familiares y del entorno que afectan a los diabéticos, a mayor puntaje mayor impacto.

S5) Autonomía del paciente: valora la necesidad que tiene el paciente y en su capacidad de tomar decisiones cada vez más activas sobre el tratamiento y control de su enfermedad.

## 2. INTRODUCCIÓN

### *a) Línea de Investigación*

Área de Medicina Humana- Servicios de Salud

### *b) Descripción del problema*

La Diabetes Mellitus es la décimo segunda causa de años de vida saludable perdidos (AVISA) en nuestra población y es sabido que el modelo de abordaje de las enfermedades crónicas es y debiera ser diferente al clásico usado para el de las enfermedades agudas, ya que la cronicidad de la historia natural de las primeras hace imperativo la implementación de un programa basado en el autocuidado de la salud. Y es que el paciente diabético tiene que lidiar a lo largo del

afrontamiento de su enfermedad con muchas de estas actividades de autocuidado. En este sentido la Asociación de Diabetes del Perú (ADIPER) organización civil que agrupa a profesionales de la salud y pacientes cuyo denominador común es el afrontamiento de la diabetes en lo cotidiano de su ejercicio o quehacer individual respectivamente inició en conjunto con la World Diabetes Foundation (WDF) el Proyecto Formando Educadores en Diabetes (FREDI) dirigido a capacitar 900 educadores en diabetes en 6 departamentos del Perú, entre ellos la ciudad de Lima.

Los procesos educacionales de ADIPER y del proyecto FREDI en particular, tienen una gran trascendencia para la consecución de cambios conductuales en los educandos ya que se da un efecto en cascada: se educan educadores en diabetes que implementarán programas educativos, pautarán su accionar profesional a normas para el manejo del paciente diabético y a su vez educarán pacientes afectados de la enfermedad miembros o no de la asociación; dos niveles en los cuales es importante evaluar no sólo el grado de conocimientos adquirido sino también las actitudes para la obtención de mejores resultados educativos.

Según el modelo de información – motivación – habilidades conductuales, la información es un prerrequisito pero por si sola no es suficiente para alterar la conducta sino que la motivación, que a su vez depende de las actitudes, junto con las habilidades conductuales son determinantes críticos independientes del cambio de conducta.

Conocer nuestras actitudes, las de los pacientes y las familias que vamos a atender, y las variables que favorecen su cambio nos va a ser muy útil por tres motivos, principalmente:

- 1) Está demostrado que nuestras actitudes repercuten en la de nuestros pacientes, a través tanto de la comunicación verbal como no verbal,
- 2) Las actitudes de los pacientes están muy relacionadas con su salud y la adherencia a los tratamientos y
- 3) Conocer las variables implicadas en el cambio de actitudes nos va a permitir proporcionar información más persuasiva y eficaz

El presente estudio tiene por objetivos evaluar las actitudes de los profesionales de la salud participantes del proyecto FREDI así como las actitudes de los pacientes miembros de la asociación para luego compararlas a fin de evaluar las similitudes y diferencias entre ambas, aspectos que consideramos debieran ser incorporados en las actividades educativas tanto de profesionales de la salud como de los pacientes.

### *c) Planteamiento del problema*

En los últimos años hemos sido testigos de profundos cambios en los distintos aspectos de la vida y la salud humana. En la salud pública dichos cambios a los que hemos llamado transición han comprometido los aspectos epidemiológicos, demográficos, nutricionales de ésta entre otros. Así, hemos podido evidenciar como la esperanza de vida de las poblaciones se ha incrementado, con una urbanización creciente concordante con modificaciones sustanciales en el estilo de vida de sus habitantes y con ello una mayor prevalencia de enfermedades crónicas cuya consecuencia ha sido un drástico cambio en el perfil de morbilidad de nuestras poblaciones siendo los más afectados los países en vías de desarrollo.

Consecuencia de ello, las enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, dislipidemia, obesidad y las enfermedades

cardiovasculares entre otras, han visto incrementadas sus tasas de incidencia en países pobres demandando a su vez un cambio en el enfoque del abordaje de las mismas en dichos países. Se estima que las enfermedades no transmisibles afectan unos 200 millones de personas y causan 3,9 millones de muertes cada año en la Región de las Américas.<sup>11</sup>

Es precisamente una de ellas, la diabetes, la que ha adquirido rasgos de epidemia en los últimos años. Para el año 2013, la Federación Internacional de Diabetes (FID) estimó en 382 millones el número de adultos con diabetes, de los cuales 80% (184 millones) viven en países con bajos y medianos ingresos. Para el 2035 se estima que en el mundo habrá 592 millones de diabéticos<sup>12</sup>

Pero la diabetes tiene una gran relevancia epidemiológica no sólo por su magnitud sino también por el impacto en la mortalidad que genera, las comorbilidades concomitantes que subyacen y las complicaciones que afectan dramáticamente la calidad de vida de la población y la eficacia en el desempeño de los sistemas de salud para poder afrontarla.

Sendos estudios epidemiológicos como el United Kingdom Prospective Diabetes Study<sup>13</sup> han demostrado que el control metabólico intensivo de la diabetes está asociado a una disminución de las complicaciones micro y macrovasculares de la enfermedad. A su vez muchos son los factores vinculados con este control metabólico siendo el grado de cumplimiento de las medidas terapéuticas o la adherencia a las mismas uno de los más importantes cuando se trata de enfermedades crónicas en las que resulta vital pasar de un modelo de abordaje de enfermedades agudas a otro basado fundamentalmente en el autocuidado de la salud. ¿Pero cómo estamos en relación a la adherencia? En un estudio realizado para

evaluar los modelos de automonitoreo de la glicemia en el norte de California, Estados Unidos, 67% de los pacientes con diabetes tipo 2 informaron no realizar el automonitoreo de esta con la frecuencia que les fuera recomendada (es decir, una vez al día para la diabetes tipo 2 tratada farmacológicamente)<sup>14</sup>. En relación al régimen alimentario otro estudio realizado en la India, mostraba que solo el 37% de los pacientes siguieron las prescripciones alimentarias regularmente<sup>15</sup>, mientras que en un estudio de los Estados Unidos, cerca de la mitad (52%) siguió un plan de alimentación<sup>16</sup>. Varios estudios han informado sobre la adherencia a la actividad física prescrita. Por ejemplo, en un estudio de Canadá sobre una muestra de pacientes con diabetes tipo 2 seleccionados al azar de los registros provinciales de salud, pocos de los entrevistados participaron en programas de actividad física informales (37%) u organizados (7,7%)<sup>17</sup>

Como vemos las tasas de adherencia terapéutica constituyen un problema a enfrentar y dentro de muchas otras estrategias la educación en diabetes está encaminada a buscar precisamente cambios en el comportamiento y las prácticas de los pacientes; sin embargo parece ser que per-se la impartición de conocimientos sobre su enfermedad a los pacientes que la padecen no son suficientes para lograr cambios sustanciales en la adherencia terapéutica que mejore sus prácticas de autocuidado y por ende el control de la enfermedad. En diversas publicaciones se ha podido constatar que aun cuando el paciente recibe información sobre la DMT2, no se ha logrado efectuar un adecuado control de esta patología<sup>18 19</sup>. De hecho, la adherencia a los tratamientos o intervenciones terapéuticas está muy relacionada con las actitudes de los pacientes. En este sentido y siguiendo el modelo tricomponente de Rosemberg y Hovland la actitud que es una predisposición de la persona a actuar frente al objeto a partir de 3 tipos de respuestas: afectiva, comportamental y cognitiva, se convierte

en el eslabón fundamental entre el conocimiento y la adopción de prácticas decisivas en el control de la enfermedad.

Pero por otro lado podemos apreciar que el control metabólico de la diabetes también está relacionado con el grado de adherencia de los profesionales de salud a las normas de atención de los pacientes diabéticos. En un estudio realizado en el Hospital San Vicente de Paul del Municipio de Caldas Antioquia (Colombia) Munera y col<sup>20</sup> encuentran que sólo el 56,3% de médicos evaluados manifiestan aplicar las guías de práctica médicas implementadas en ese hospital dentro de ellas las de diabetes mellitus, y así como ocurre con los pacientes, el grado de adherencia al cumplimiento de estas normas está influenciado por las actitudes de los profesionales de salud hacia la enfermedad. Cabe colegir entonces, que si sólo pensamos en capacitar a dichos profesionales en el contenido de las guías sin tomar en cuenta sus actitudes obtendremos resultados similares a los de Anne C Larme y Jacqueline A Pugh en su estudio: "Attitudes of Primary Care Providers Toward Diabetes: Barriers to guideline implementation"<sup>21</sup> quienes llegan a la conclusión que la educación médica continua que aborda actitudes de los proveedores hacia la diabetes, además de la actualización de conocimientos puede ser más eficaz que la educación médica continua tradicional en la promoción de la adhesión a las normas de atención.

Pero qué pasa cuando la actitud hacia la enfermedad es diferente entre los que imparten la educación y los que la reciben? Esta falta de sintonización puede afectar los resultados que se puedan obtener en el control de la misma?

En el campo de la diabetes se ha descrito que actitudes desfavorables a la adherencia de los pacientes con DM2, están representadas por actitudes negativas hacia los efectos secundarios



a los medicamentos y el pensamiento erróneo de estar totalmente recuperado. O bien, actitudes favorables a la adherencia corresponden a actitudes positivas, como el deseo de aprender más sobre la enfermedad, examinar los niveles de glucosa y seguir las recomendaciones dietéticas<sup>22</sup>. Conocido es que creencias sobre gravedad de la enfermedad se asocian con adherencia al tratamiento<sup>23</sup> y control metabólico<sup>24</sup>. Por otra parte, las actitudes del personal de salud pueden interferir con su adherencia a estándares actuales de atención al diabético. De hecho, se sugiere que la falta de apego a estándares para control glicémico o tamizaje de complicaciones está relacionada con la creencia de que las complicaciones de la diabetes son inevitables o bien, que la diabetes tipo 2 no es tan grave como la diabetes tipo 1, por lo tanto no requiere de un tratamiento agresivo.

Anderson y col<sup>25</sup> observaron los niveles más altos de congruencia entre pacientes y profesionales en lo concerniente a actitudes hacia la gravedad de la enfermedad y valor del control estrecho de la glucosa. El grado máximo de incongruencia se alcanza cuando el paciente pertenece a un grupo con una cultura diferente o a un grupo sumamente marginado de la sociedad<sup>26 27 28</sup>.

En consecuencia, el profesional de salud debe estar consciente de la actitud que asume el enfermo para lograr una mejor comprensión y un mayor compromiso en el manejo de su enfermedad. Es fundamental la integración de alianzas colaborativas para identificación de estrategias de tratamiento en forma conjunta y precisamente el reconocimiento de discrepancias en actitudes entre el enfermo y el profesional de salud, es un paso clave en el establecimiento de esta colaboración. Es importante identificar las actitudes hacia la diabetes, no sólo por parte de los enfermos, sino también de los profesionales que los atienden en los distintos

servicios. Esto ayudaría a elaborar estrategias específicas, diseñadas de acuerdo a las necesidades y capacidades de cada subsistema, propiciando el bienestar del paciente y el ahorro de recursos para las instituciones de salud, al obtener un mejor control del padecimiento. Al sistema de salud le favorecerá apuntar la dirección de sus programas de atención a la diabetes bajo una circunstancia realista. Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Existe diferencias en las actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015?

#### *d) JUSTIFICACIÓN*

La diabetes mellitus ha adquirido rasgos epidémicos trascendentes no sólo por la magnitud de la población afectada sino por el impacto en la mortalidad y las complicaciones micro y macrovasculares que genera, las cuales afectan notablemente la calidad de vida de los que la padecen.

En América, en el 2013, habían unos 59 millones de casos estimados de diabetes: 24 millones en América Central y Sur y 35 millones en Norte América y El Caribe. Para el 2035 se estima que la prevalencia de diabetes en la región de América Central y Sur crecerá en un 60%<sup>11</sup>.

En el Perú, según la FID (2013), la diabetes mellitus afecta a un 4.3% de la población adulta entre 20 a 79 años<sup>11 29</sup>. En nuestro país, recientemente se realizó el estudio PERUDIAB, según este estudio, la prevalencia de diabetes es de 8.2% en la costa, 4.5% en la sierra y 3.5% en la selva<sup>28</sup>.

Asimismo en nuestro país, la DM es la décimo segunda causa de años de vida saludable perdidos (AVISA) en nuestra población. En

el año 2004 ocasionó 106,042 años de AVISA, 74.5% de ellos por discapacidad y 25.4% por muerte prematura<sup>30</sup>

En 1974 Marc Lalonde definía ya, los determinantes de la salud y con ellos la complejidad multifactorial que requiere el afrontamiento de las enfermedades y con mayor razón aquellas cuya historia natural de cronicidad la hacen susceptible de un abordaje macro-sistémico y participativo. En tal sentido y siendo el medio ambiente social uno de estos determinantes, en el año 2005 surge la Asociación de Diabetes del Perú (ADIPER) organización civil que agrupa a profesionales de la salud y pacientes cuyo denominador común es el afrontamiento de la diabetes en lo cotidiano de su ejercicio o quehacer individual respectivamente. ADIPER, nace entonces, como una organización cuyos objetivos primordiales son la prevención, sea ésta primaria o secundaria, así como la capacitación continua de todos aquellos profesionales involucrados en la atención multidisciplinaria de los pacientes diabéticos. En el año 2011 ADIPER en conjunción con la World Diabetes Foundation (WDF) pone en marcha el Proyecto Formando Educadores en Diabetes (FREDI) dirigido a capacitar 900 educadores en diabetes inicialmente en 5 provincias del Perú: Piura, Chiclayo, Trujillo, Cusco y Arequipa y a las que luego se agregaría Lima, provincias éstas con las más altas tasas de incidencia de diabetes en nuestro país y con el objetivo secundario de ampliar la base de diagnóstico y notificación de nuevos casos de diabetes a través de la búsqueda activa de éstos por parte de los profesionales capacitados. El proyecto que tenía una duración de 2 años estaba dirigido a médicos generales de atención primaria, nutricionistas y enfermeras de establecimientos de salud de la seguridad social, Ministerio de Salud y clínicas privadas, teniendo como objetivos fundamentales: a) mejorar el nivel de conocimiento de la diabetes en el personal de salud b) Instalar el registro nacional de pacientes

diabéticos c) Instalar programas educativos en los establecimientos de salud más importantes de las 6 provincias seleccionadas d) Mejorar la calidad de atención a los pacientes diabéticos.

Es sabido que el modelo de abordaje de las enfermedades crónicas es y debiera ser diferente al clásico usado para el de las enfermedades agudas, ya que la cronicidad de la historia natural de las primeras hace imperativo la implementación de un programa basado en el autocuidado de la salud. Y es que el paciente diabético tiene que lidiar a lo largo del afrontamiento de su enfermedad con muchas de estas actividades de autocuidado: alimentación, actividad física, hábitos, cuidado de los pies, automonitoreo de la glucosa entre otras, las cuales como es de suponer ocurren mayoritariamente en el espacio del paciente. El objetivo de la educación de las personas con diabetes es mejorar el conocimiento y las habilidades, capacitándolas para asumir el control de la enfermedad e integrar el autocontrol de la misma en la vida cotidiana<sup>31</sup> la cual es clásicamente medida en términos de adherencia terapéutica.

Según el modelo de información – motivación – habilidades conductuales la información es un prerrequisito pero por si sola no es suficiente para alterar la conducta sino que la motivación, que se a su vez depende de las actitudes, junto con las habilidades conductuales son determinantes críticos independientes del cambio de conducta. Para este modelo la información, la motivación y las habilidades conductuales explican el 33% de la varianza del cambio conductual<sup>3</sup>.

Es por ello que los programas educativos basados en la impartición de conocimientos no necesariamente tienen éxito en la adopción de prácticas saludables o el grado de cumplimiento o adherencia terapéuticos si es que no se consideran dentro de sus objetivos la evaluación y el mejoramiento de las actitudes de los

educandos. Por otro lado también es sabido que el grado de adherencia a las guías y normas de atención para el paciente diabético por parte de los profesionales de salud dependen no sólo del conocimiento de dichas normas sino también de la actitud de los profesionales hacia la enfermedad siendo más eficaces los procesos educativos cuando se toman en cuenta ambos aspectos<sup>20</sup>.

En este sentido los procesos educacionales de ADIPER y del proyecto FREDI en particular, tienen una gran trascendencia para la consecución de cambios conductuales en los educandos ya que se da un efecto en cascada: se educan educadores en diabetes que implementarán programas educativos, pautarán su accionar profesional a normas para el manejo del paciente diabético y a su vez educarán pacientes afectados de la enfermedad miembros o no de la asociación; dos niveles en los cuales es importante evaluar no sólo el grado de conocimientos adquirido sino también las actitudes para la obtención de mejores resultados educativos. Por otro lado estudios como el de Hernández Anguera J M y col<sup>32</sup>. encuentran que las actitudes con puntuaciones más altas de los médicos y enfermeras corresponden a la necesidad de entrenamiento, percepción de la gravedad y valoración del control estricto de la diabetes, mientras que para los pacientes las actitudes con puntuaciones más altas corresponden a la valoración del impacto psicosocial de la enfermedad, lo cual demuestra que las actitudes de los profesionales de la salud y los pacientes no necesariamente son coincidentes pudiendo esta diferencia de predisposiciones y al final de motivaciones poner en riesgo los resultados finales de la intervención educativa.

El presente estudio tiene por objetivos evaluar las actitudes de los profesionales de la salud participantes del proyecto FREDI así como las actitudes de los pacientes miembros de la asociación para

luego compararlas a fin de evaluar las similitudes y diferencias entre ambas, aspectos que consideramos debieran ser incorporados en las actividades educacionales tanto de profesionales de la salud como de los pacientes.

#### *e) Objetivos*

##### **Objetivo General**

- Comparar las actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015

##### **Objetivos Específicos**

- Describir las características sociodemográficas del personal de salud tratante y pacientes en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015
- Determinar las actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y pacientes en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015
- Relacionar las actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y pacientes según las características sociodemográficas en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015

#### *f) Hipótesis*

H1: Las actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana - Perú; enero 2015, son diferentes

H0= Las actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana - Perú; enero 2015, no son diferentes

### 3. ANTECEDENTES

Salinas M, Núñez G, Quiros A, Garza M en el estudio “Comparación de actitudes hacia la diabetes entre médicos y pacientes diabéticos usuarios del sector privado, seguridad social o servicios de salud del Estado”<sup>33</sup> comparo la actitud hacia la diabetes entre proveedores y diabéticos usuarios del sector privado, seguridad social o servicios de salud del Estado de México; estudio transversal comparativo por tres sectores, privado, seguridad social y social. Participaron 255 médicos y 255 pacientes diabéticos en atención ambulatoria (médicos y pacientes eran proveedores o usuarios exclusivos del sector correspondiente). Se utilizó el Diabetes Attitude Scale 3 (DAS-3) autoadministrable y diseñado para comparar actitudes entre pacientes y profesionales de la salud. Encontraron que en todas las subescalas hubo diferencias significativas del puntaje promedio de actitudes entre médicos y pacientes, excepto para impacto psicosocial, esto último independiente del sector. Se observó en los tres sectores discrepancia de actitudes hacia gravedad de la diabetes, valor del control estrecho de la glucosa y autonomía del paciente. La única actitud que varió según el sector fue entrenamiento especial en educación ( $F = 4.1$ ;  $p = 0.02$ ) que difirió en los sectores privado y seguridad social, pero no en el sector social; por lo que concluyeron que todos los proveedores de salud deben reconocer la discrepancia de actitudes entre médicos y pacientes, fundamental para favorecer la integración de estrategias colaborativas que permitan un mejor control de la enfermedad

Gagliardino JJ, González C, Caporale JE, Diabetes Education Study Group of Argentina<sup>34</sup>; analizaron las actitudes relacionadas con la diabetes en los miembros del equipo de salud (MES) y las personas con diabetes en Argentina para lo cual administraron de forma aleatoria la tercera versión de la Escala de Actitudes en la Diabetes (DAS-3) a 252

MES (enfermeros, nutriólogos, médicos, podólogos y trabajadores sociales) y a 279 personas con diabetes mellitus tipos 1 ó 2 en varias provincias de Argentina en el 2004 y encontraron que los dos grupos mostraron solamente una ligera coincidencia en algunos aspectos del DAS-3, como “importancia de la diabetes tipo 2”, “el valor de un riguroso control” y “el impacto psicosocial de la diabetes” y difirieron totalmente en cuanto a “la autonomía del paciente”. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con diabetes tipos 1 y 2 en cuanto a “importancia de la diabetes”, sin embargo, en ambos grupos las personas que habían asistido a algún curso educativo sobre diabetes le asignaron una mayor puntuación a este aspecto ( $P < 0,01$ ).

Por lo que concluyeron que la tendencia desfavorable encontrada en los participantes de este estudio es similar a la observada en otros países en desarrollo y esto puede haber contribuido a los insatisfactorios resultados del tratamiento en las personas con diabetes tipo 2. Por lo que cambiar estas actitudes mediante la educación puede ayudar a mejorar la calidad de la atención y de la vida de los diabéticos y a reducir los costos de esta enfermedad.

Mendoza-Rivera R y col. en el estudio mexicano “Actitudes y motivaciones del paciente diabético y el personal de salud sobre la diabetes mellitus tipo 2”<sup>35</sup> estudio comparativo prospectivo de muestreo no probabilístico, integrado por 202 pacientes y 30 profesionales de la salud. Se aplicó el instrumento DAS-3 (Diabetes Attitude Scale) cuestionario de 33 preguntas validado internacionalmente que valora actitudes y motivaciones de pacientes diabéticos tipo 2; y encontró que los profesionales de la salud valoran más el control estricto de la enfermedad; para los pacientes los rubros considerados más altos fueron el impacto psicosocial y la autonomía. Ambos grupos perciben a la enfermedad como grave y coinciden en la necesidad de un entrenamiento especial para los profesionales de la salud. Por lo que concluyeron que es importante evaluar no sólo el conocimiento que tiene el personal de



salud y el paciente respecto a la diabetes, sino el impacto de esta enfermedad en el paciente, pues mientras sigan existiendo diferencias en las actitudes entre el personal de salud y los pacientes será más difícil efectuar un control adecuado.

Silva T, de la Fuente G; en el estudio; “Evaluación de las Motivaciones y Actitudes en Pacientes Diabéticos tipo 1 y 2 mediante Escala DAS-3SP”<sup>36</sup>, realizado en Valparaíso Chile y cuyo objetivo fue conocer las variables que influyen en la motivación de los pacientes diabéticos tipo 1 y 2, para así brindar un mejor control y adherencia al tratamiento. Estudio descriptivo mediante encuesta Das -3 a pacientes diabéticos tipo 1 y 2.; en los que se encontró que la distribución por sexo fue similar en ambos grupos de pacientes, con un promedio de edad de 29, 5 años (DM1) y 59,1 años (DM 2). El nivel educacional fue mayor en el grupo de pacientes con DM 1,  $p < 0,05$ . La percepción de gravedad de enfermedad y la valoración del control estricto fue mayor en los pacientes diabéticos tipo 1 con diferencias significativas ( $p < 0,05$ ). Por lo que concluyeron que es necesario que la información que proporcionan los profesionales se ajuste a las necesidades de los pacientes en un lenguaje claro y adaptado a cada realidad. La comunicación es la herramienta primordial para favorecer la adherencia y mejorar la calidad asistencial.

Hernández Anguera JM, et al. En el estudio “La versión española de la Diabetes Attitude Scale (DAS-3sp): un instrumento de medición de actitudes y motivaciones en diabetes”<sup>37</sup>. Ésta escala fue aplicada a 52 profesionales sanitarios (28 médicos y 24 enfermeras) y 68 pacientes diabéticos, en dos ocasiones y con un intervalo de 3-6 semanas, analizando su consistencia interna (alfa de Crombach) y reproducibilidad (prueba y reprobación) y encontraron como resultado que el alfa de Cronbach global del DAS-3sp fue de 0,74 y por subescalas fue de 0,71 para necesidad de entrenamiento especial; 0,59 para percepción de la gravedad de la diabetes mellitus; 0,69 para valoración del control estricto; 0,54 para valoración del impacto psicosocial de la diabetes mellitus, y

0,60 para autonomía del paciente. El alfa de Cronbach global en los médicos fue 0,71; en enfermería, 0,84; y en pacientes, 0,66. Las puntuaciones más altas correspondieron a las dimensiones S1 (“necesidad de entrenamiento especial”) y la puntuación máxima fue la obtenida por enfermería (4,63) y S4 (“valoración del impacto psicosocial de la DM”), con una puntuación máxima de 3,80, obtenida por los pacientes.

La puntuación mínima correspondió a la dimensión S2 (“percepción de la gravedad de la DM2”), con una puntuación de 3,24, obtenida por los pacientes.

## 4. MATERIALES Y MÉTODOS

### a) Definiciones operacionales

<i>Variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Naturaleza</i>	<i>Forma de medición</i>	<i>Indicador</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Categorías</i>
<b>Muestra 1: Personal de Salud</b>									
<i>Actitudes hacia la diabetes</i>	Disposición voluntaria de un individuo frente a la diabetes	Disposición del personal de salud y paciente frente a la diabetes mellitus tipo 2 identificado mediante la escala DAS 3sp	Necesidad de Entrenamiento especial Percepción de la gravedad Valoración del control estricto Valoración del impacto psicosocial Autonomía del paciente	Cuantitativa	Indirecta	Puntaje alcanzado en el DAS 3	puntaje	Razón	--
<i>Edad</i>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Años cronológicos cumplidos al día de la entrevista	Unidimensional	Cuantitativa	Directa	Años cumplidos	Años	Razón	-
<i>Sexo</i>	Características sexuales primarias y secundarias que diferencian al hombre de la mujer	Evaluación ectoscópica de los caracteres sexuales secundarios	Unidimensional	Cualitativa	Directa	Características sexuales	-	Nominal	Masculino Femenino
<i>Profesión</i>	Actividad laboral que desarrolla la persona y que demanda un conjunto de saberes teórico	Profesión que el personal reporta el día de la entrevista	Unidimensional	Cualitativa	Directa	Tipo de profesión	-	Nominal Politécnica	Médico Enfermera Nutricionista Otros

	conceptuales, metodológicos y técnicos que han sido certificados o validados por una institución educativa, como es la universidad o institución que el estado reconozca para este fin.								
<i>Área donde labora</i>	Espacio físico donde el personal se desenvuelve profesionalmente	Área donde desempeña funciones en los últimos 3 años el personal de salud	Unidimensional	Cualitativa	Directa	Área laboral	-	Nominal Politómica	C. Externo Hospitalización Emergencia Área Administrativa
<i>Frecuencia de atención a pacientes diabetes</i>	Actividades cotidianas diarias que desarrolla el personal de salud con pacientes con diabetes mellitus 2	Frecuencia en la que el personal evalúa o tiene contacto con pacientes con diabetes mellitus tipo 2	Unidimensional	Cualitativa	Directa	Labor diaria	.	Nominal Politómica	Muy Frecuentemente Frecuentemente A veces Casi Nunca Nunca

**Muestra 2: Pacientes con diabetes mellitus 2**

<i>Actitudes hacia la diabetes</i>	Disposición voluntaria de un individuo frente a la diabetes	Disposición del personal de salud y paciente frente a la diabetes mellitus tipo 2 identificado mediante la escala DAS 3sp	Necesidad de Entrenamiento especial	Cuantitativa	Indirecta	Puntaje alcanzado en el DAS 3	puntaje	Razón	--
			Percepción de la gravedad						
			Valoración del control estricto						
			Valoración del impacto psicosocial						
			Autonomía del pacientes						
<i>Edad</i>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un	Años cronológicos cumplidos al día de la entrevista	Unidimensional	Cuantitativa	Directa	Años cumplidos	Años	Razón	-

	individuo								
<i>Sexo</i>	Características sexuales primarias y secundarias que diferencian al hombre de la mujer	Evaluación ectoscópica de los caracteres sexuales secundarios	Unidimensional	Cualitativa	Directa	Características sexuales	-	Nominal	Masculino Femenino
<i>Grado de Instrucción</i>	Grado de estudio más alto alcanzado por el entrevistado en el sistema educativo.	Nivel de instrucción al día de la entrevista	Unidimensional	Cualitativa	Directa	grado de instrucción	Años de estudio	Ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Técnico Superior Universitario
<i>Tiempo de enfermedad</i>	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de un padecimiento o enfermedad	Años transcurridos desde el diagnóstico médico de diabetes mellitus a la fecha de la entrevista	Unidimensional	Cuantitativa	Directa	Años cumplidos	años	Razón	-
<i>Tipo de tratamiento</i>	Es la denominación de la medicación prescrita y consumida con fines terapéuticos	Referencia por parte del paciente de la medicación consumida	Unidimensional	Cualitativa	Directa	Medicación consumida	-	Nominal	ADO Insulina Insulina + ADO
<i>Complicaciones de la diabetes</i>	Patología microvasculares o macrovasculares como consecuencia de la diabetes mellitus 2	Patología reportada por el paciente el día de la evaluación	Unidimensional	Cualitativa	Directa	Patología	-	Nominal	Retinopatía Neuropatía Nefropatía Hipoglicemia
<i>Comorbilidad</i>	Trastorno que acompaña a una enfermedad primaria. Implica la coexistencia de dos o más patologías médicas no relacionadas	Se determinará mediante el registro del diagnóstico médico	Unidimensional	Cualitativa	Directa	morbilidad	-	Nominal	Ausente Asma Hipertensión Arterial EPOC Cardiopatías Obesidad

### *b) Diseño general del estudio*

- Epidemiológico: porque estudian los eventos que se suscitan en la población

#### Tipo de Investigación

- Descriptivo: describe y estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra.

- Transversal: las variables son medidas en una sola ocasión

- Observacional: No existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos.

- Prospectivo: los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación.

### *c). Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, Unidad de análisis*

Universo de estudio: 178 Personal de salud que acudieron al curso de educadores de diabetes y 178 pacientes que acudieron a las sesiones educativas que realiza la asociación de diabetes del Perú

Selección: Muestreo no probabilístico, a conveniencia

Tamaño de la muestra: Muestra 1: 178 personal de salud

Muestra 2: 178 pacientes con diabetes mellitus 2

Unidad de análisis: personal de salud y paciente con diabetes mellitus 2

#### *d) Criterios de inclusión y exclusión*

##### Criterio de Inclusión

➤ En el Personal de salud

Trabajador de la salud que aceptaron voluntariamente a participar en el estudio

➤ En los pacientes con Diabetes Mellitus 2

Pacientes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio

##### Criterio de Exclusión

➤ En el Personal de Salud

Personal de salud que presento dificultades para comunicarse y/o responder el cuestionario.

Personal de salud que no acepto participar en el estudio.

➤ En los pacientes con Diabetes Mellitus 2

Paciente que presento dificultades para comunicarse y/o responder el cuestionario

Paciente que no acepto participar en el estudio

#### *e) Procedimientos para la colección de la información*

Se realizaron las coordinaciones con el presidente de la Asociación de Diabetes del Perú, así como con el coordinador del curso de educadores de diabetes de la asociación de diabetes del Perú (ADIPER)

Una vez obtenidas las autorizaciones se procedió a acudir a la primera sesión que recibió el personal de salud en mención en la ciudad de

Lima y en el caso de los pacientes se acudió a la sesión educativa que reciben mensualmente.

Se procedió a seleccionar al personal de salud y pacientes con diabetes mellitus 2 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión definidos para el presente estudio.

#### *f) Instrumentos utilizados y método en el control de la calidad de los datos*

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento utilizado fue la escala DAS 3sp. La escala DAS3sp es la tercera versión del Diabetes Attitude Scale (DAS-3) es un cuestionario general válido y fiable para evaluar actitudes hacia con la diabetes mellitus, apropiado tanto para efectuar comparaciones entre diferentes grupos de profesionales sanitarios o pacientes.

El DAS 3sp es un instrumento autoaplicativo, por lo que cada personal de salud y paciente lo llenó personalmente y de manera anónima; previa orientación de la investigadora.

#### *g) Análisis de resultados*

##### **- Métodos y modelos de análisis de datos según tipo de variables**

El primer paso en el análisis de la información correspondiente fue la exploración de los datos, en el cual se reconocieron las variables y se identificaron la naturaleza de las mismas (v. cuantitativas o v. categóricas).

Luego se procedió a realizar el análisis descriptivo de la información para lo cual se elaboraron las tablas de salidas con frecuencias relativas y absolutas para las variables de tipo categórica (dicotómico y politómico), y para las variables de tipo numérico y continuo se



generaron tablas con medidas de tendencia central (promedio, mediana) y dispersión (desviación estándar y varianza).

Posteriormente se realizó el análisis bivariado en el que se comparó el grupo del personal de salud y los pacientes con diabetes tipo 2, dependiendo la naturaleza de la variable se seleccionó la prueba estadística a utilizar; aquí se empleó la T de student y el análisis de la varianza (ANOVA)

- ***Programas utilizado para el análisis de datos***

Se empleó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20

## 5. LUGAR DE EJECUCIÓN

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la Asociación de Diabetes del Perú, ubicado en el Distrito de San Martín de Porres- Lima, Perú; en donde acudieron el personal de salud y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 para las sesiones correspondientes

## 6. RESULTADOS

**Tabla N° 1 : Edad del personal de salud tratante en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	178	25	65	42,21	10,314

Fuente: Base de datos

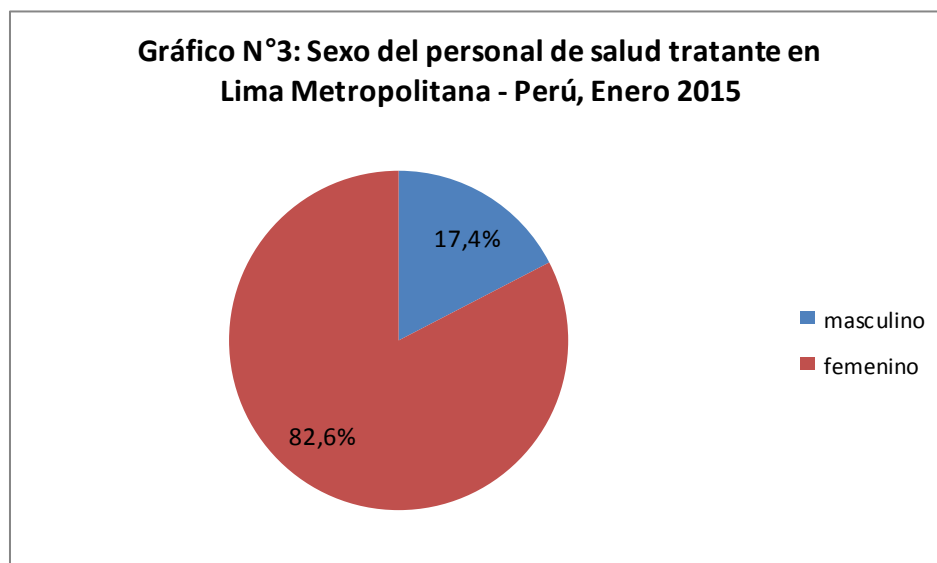
En la presente tabla se puede observar que la edad mínima del personal de salud que acudió al curso de educadores en diabetes es de 25 años y la edad máxima es de 65 años, con una media de 42,21 años.

**Tabla N° 2: Sexo del personal de salud en Lima Metropolitana-Perú, Enero 2015**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	31	17,4
Femenino	147	82,6
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el 17,4% del personal de salud que acudió al curso de educadores en diabetes de la ciudad de lima q es de sexo masculino y el 82,6% es de sexo femenino.

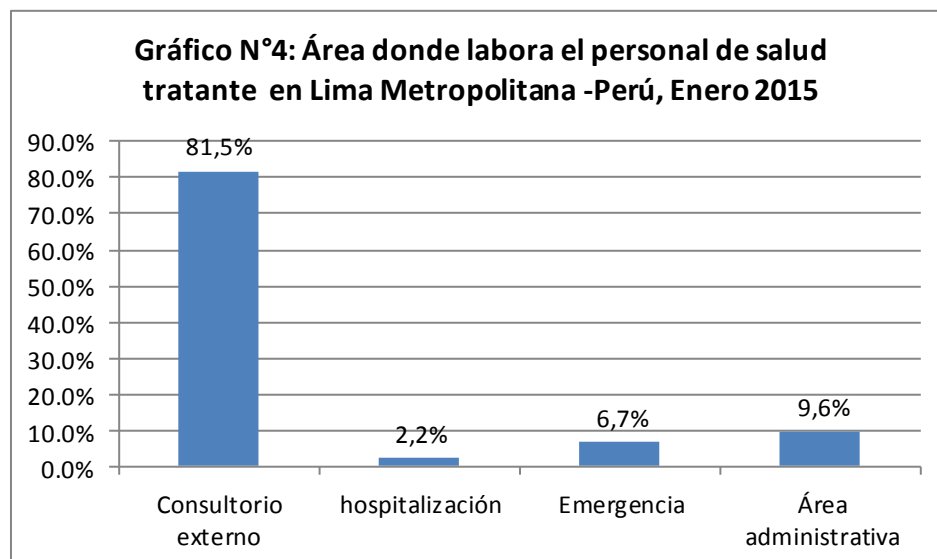


**Tabla N° 3: Área donde labora el personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

Área	Frecuencia	Porcentaje
Consultorio Externo	145	81,5
Hospitalización	4	2,2
Emergencia	12	6,7
Área Administrativa	17	9,6
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el 81,5% del personal de salud que acudió al curso de educadores en diabetes labora en consultorio externo, el 2,2% en hospitalización, el 6,7% en emergencia y el 9,6% en el área administrativa.



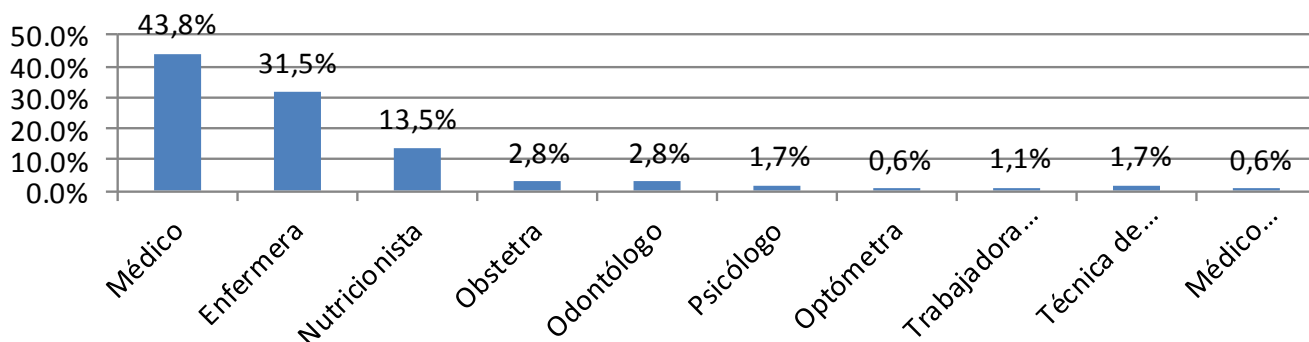
**Tabla N°4 : Perfil Ocupacional del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Médico	78	43,8
Enfermera	56	31,5
Nutricionista	24	13,5
Obstetra	5	2,8
Odontólogo	5	2,8
Psicólogo	3	1,7
Optómetra	1	,6
Trabajadora social	2	1,1
Técnica de enfermería	3	1,7
Médico veterinario	1	,6
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que del total del personal de salud que acudió al curso de educadores en diabetes el 43,8% es médico, el 31,5% es enfermera, el 13,5% es nutricionista, el 2,8% es obstetra, el 2,8% es odontólogo, el 1,7% es psicólogo, el 1,7% es técnica de enfermería, el 1,1% es trabajadora social, el 0,6% es optómetra y el 0,6 % restante es médico veterinario.

**Gráfico N°5: Perfil ocupacional del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

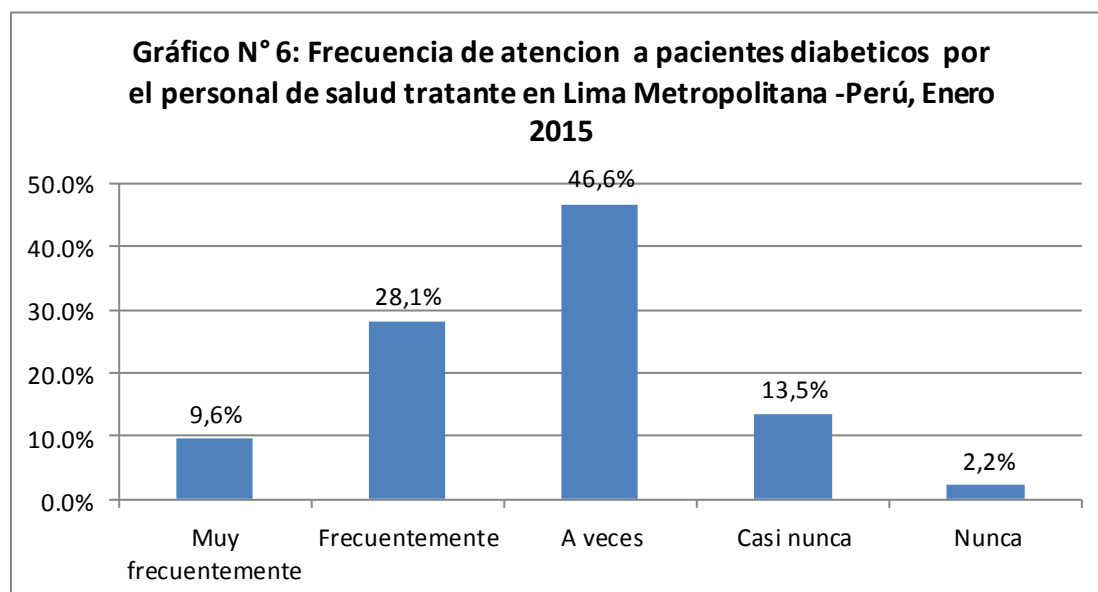


**Tabla N° 5: Frecuencia de atención a pacientes diabéticos por el personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

Labor diaria	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuentemente	17	9,6
Frecuentemente	50	28,1
A veces	83	46,6
Casi Nunca	24	13,5
Nunca	4	2,2
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el personal de salud que acudió al curso de educadores en diabetes en su labor diaria el 9,6% ve pacientes con diabetes muy frecuentemente, el 28,1% frecuentemente, el 46,6% a veces, el 13,5% casi nunca y el 2,2% nunca.



**Tabla N° 6: Edad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	178	42	80	64,44	8,679

---

Fuente: Base de datos

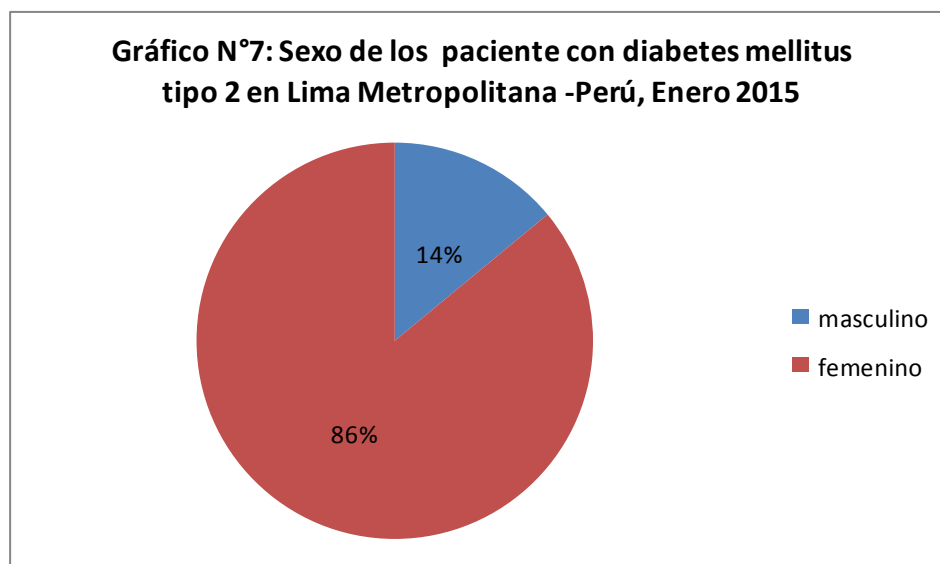
En la presente tabla se puede observar que la edad mínima de los pacientes es de 42 años y la edad máxima es de 80 años, con una edad promedio de 64,44 años.

**Tabla N°7 : Sexo del paciente con diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	25	14,0
Femenino	153	86,0
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de Datos

En la presente tabla se puede observar que el 14% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es de sexo masculino y el 86% son de sexo femenino



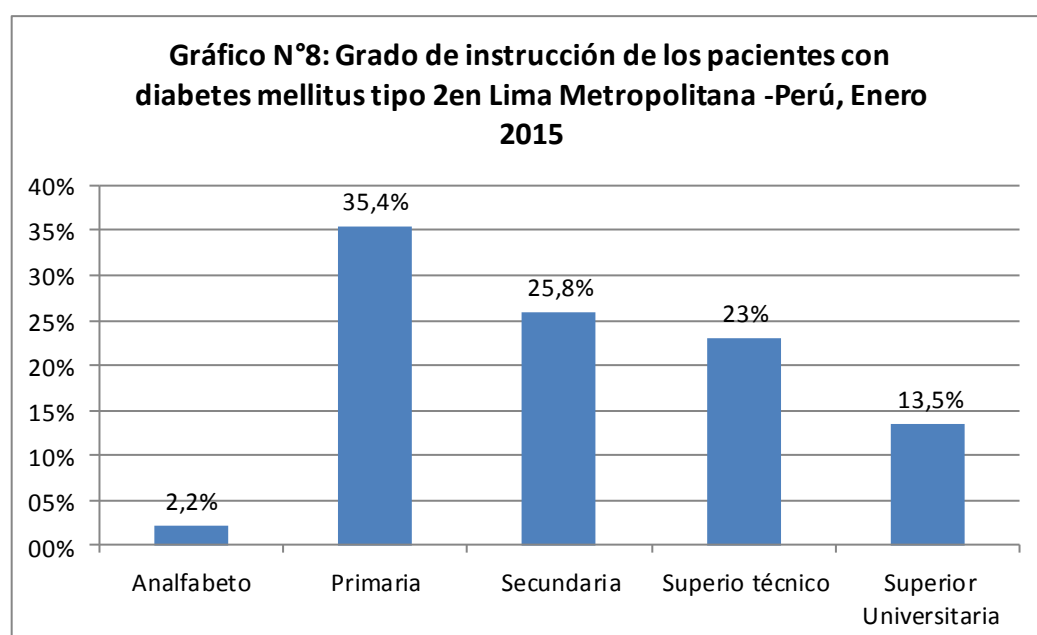


**Tabla N° 8: Grado de Instrucción del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	4	2,2
Primaria	63	35,4
Secundaria	46	25,8
Superior Técnico	41	23,0
Superior Universitaria	24	13,5
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el 2,2% de los pacientes es analfabeto, el 35,4% tiene grado de instrucción primaria, el 25,8% tiene grado de instrucción secundaria, el 23% tiene grado de instrucción superior técnico y el 13,5% tiene grado de instrucción superior universitaria.

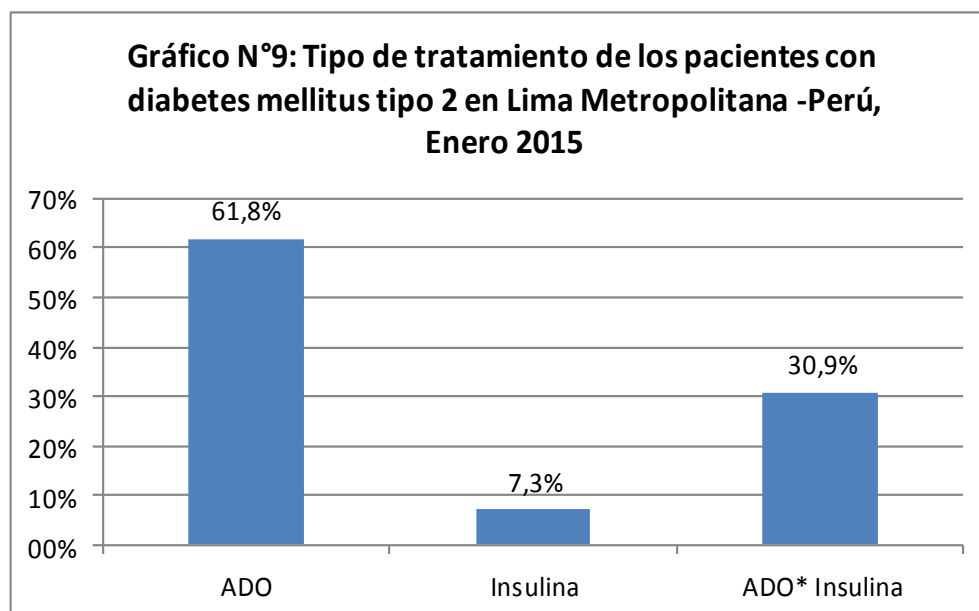


**Tabla N° 9 : Tipo de tratamiento que recibe el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana -Perú, Enero 2015**

Tipo tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
ADO	110	61,8
Insulina	13	7,3
ADO+Insulina	55	30,9
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que en relación al tipo de tratamiento que reciben los pacientes, el 61,8% reciben antidiabéticos orales (ADO), el 7,3% usa insulina y el 30,9% recibe antidiabéticos orales e insulina.

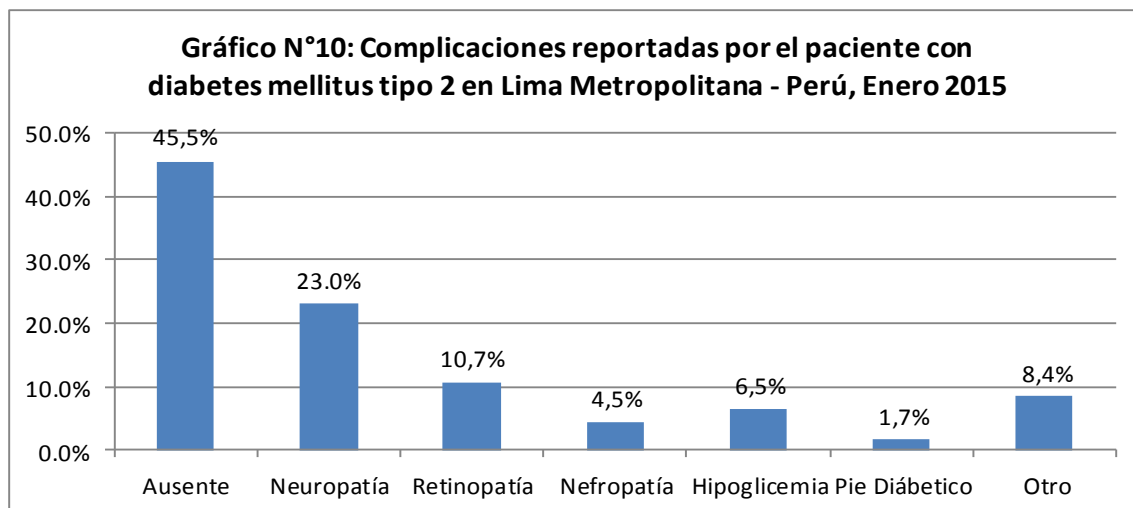


**Tabla N°10 : Complicaciones reportadas por el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Sin complicaciones	81	45,5
Neuropatía	41	23,0
Retinopatía	19	10,7
Nefropatía	8	4,5
Hipoglicemia	11	6,5
Pie diabético	3	1,7
Otros	15	8,4
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el 45,5% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no reporto ninguna complicación, el 23% reporto neuropatía, el 10,7% retinopatía, el 4,5% nefropatía, el 6,5% hipoglicemia, el 1.7% pie diabético y el 8,4% reporto otro tipo de complicación.

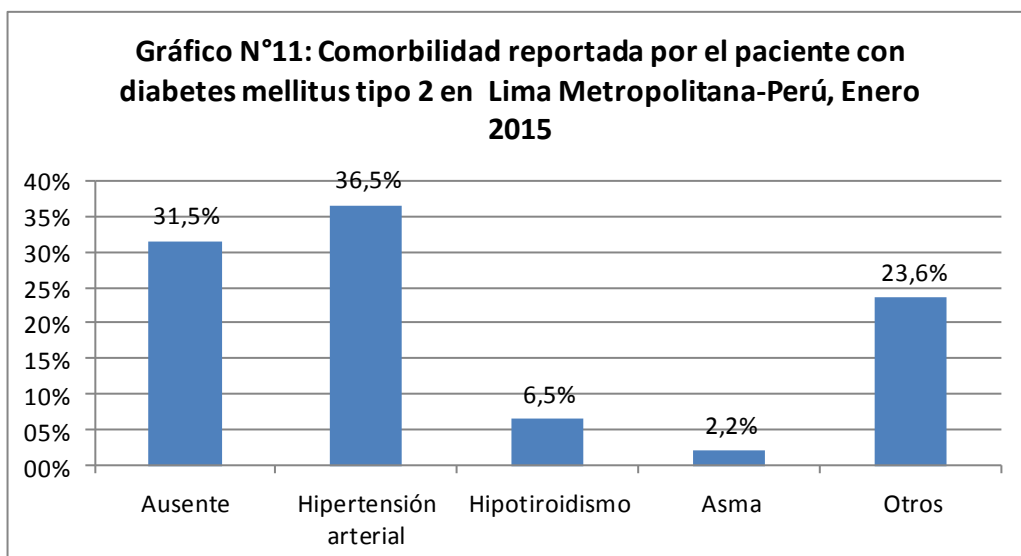


**Tabla N° 11: Comorbilidad reportada por el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	56	31,5
Hipertensión Arterial	65	36,5
Hipotiroidismo	11	6,5
Asma	4	2,2
Otros	42	23,6
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el 31,5% de los pacientes reporto que no presenta ninguna comorbilidad asociada, el 36,5% reporto hipertensión arterial, el 6,5% hipotiroidismo, el 2,2% asma y el 23,5% reporto otro tipo de comorbilidad.



**Tabla N° 12: Tiempo de enfermedad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Tiempo de enfermedad	178	1	35	12,26	7,071

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el tiempo mínimo de enfermedad de los pacientes fue de 1 año y el máximo 35 años, el tiempo promedio 12,26 años.

**Tabla N° 13: Actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante en Lima metropolitana - Perú, Enero 2015**

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Necesidad entrenamiento especial	178	3,00	5,00	4,5135	,39991
Percepción Gravedad	178	2,30	5,00	3,8455	,47361
Valoración del control estricto	178	2,43	5,00	3,7824	,50982
Valoración del impacto psicosocial	178	2,00	4,83	3,7979	,48923
Autonomía del paciente	178	2,38	4,75	3,6833	,44057

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se pueden observar las actitudes hacia la diabetes del personal de salud que acudió al curso de educadores en diabetes; en la dimensión necesidad de entrenamiento el puntaje mínimo es de 3,00, el máximo es de 5,00 y la media es de 4,51; en la dimensión percepción de la gravedad el puntaje mínimo es de 2,30, el máximo es de 5,00 y la media es de 3,84; en la dimensión valoración del control estricto el puntaje mínimo es de 2,43, el máximo es de 5,00 y la media es de 3,78; en la dimensión valoración del impacto psicosocial el puntaje mínimo es de 2,00, el máximo es de 4,83 y la media es de 3,79; en la dimensión autonomía el paciente el puntaje mínimo es de 2,38, el máximo es de 4,75 y la media es de 3,68.

Por lo que podemos visualizar que la dimensión que alcanza el puntaje medio más alto es la necesidad de entrenamiento especial y el puntaje más bajo es en la dimensión autonomía del paciente.

**Tabla N° 14: Actitudes hacia la diabetes de los pacientes en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Necesidad entrenamiento especial	178	2,00	4,60	3,4534	,52153
Percepción Gravedad	178	1,86	4,71	3,2995	,63348
Valoración del control estricto	178	1,57	4,57	3,3193	,63118
Valoración del impacto psicosocial	178	3,00	5,00	4,1135	,59270
Autonomía del paciente	178	3,00	5,00	3,8532	,47833

Fuente: B ase de datos

En la presente tabla se pueden observar las actitudes hacia la diabetes de los pacientes; en la dimensión necesidad de entrenamiento el puntaje mínimo es de 2,00, el máximo es de 4,60 y la media es de 3,45; en la dimensión percepción de la gravedad el puntaje mínimo es de 1,86, el máximo es de 4,71 y la media es de 3,29; en la dimensión valoración del control estricto el puntaje mínimo es de 1,57, el máximo es de 4,57 y la media es de 3,31; en la dimensión valoración del impacto psicosocial el puntaje mínimo es de 3,00, el máximo es de 5,00 y la media es de 4,11; en la dimensión autonomía el paciente el puntaje mínimo es de 3,00, el máximo es de 5,00 y la media es de 3,85.

Por lo que podemos visualizar que la dimensión que alcanza el puntaje medio más alto es la valoración del impacto psicosocial y el puntaje más bajo es en la dimensión percepción de la gravedad.

**Tabla N° 15: Necesidad de entrenamiento especial según sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

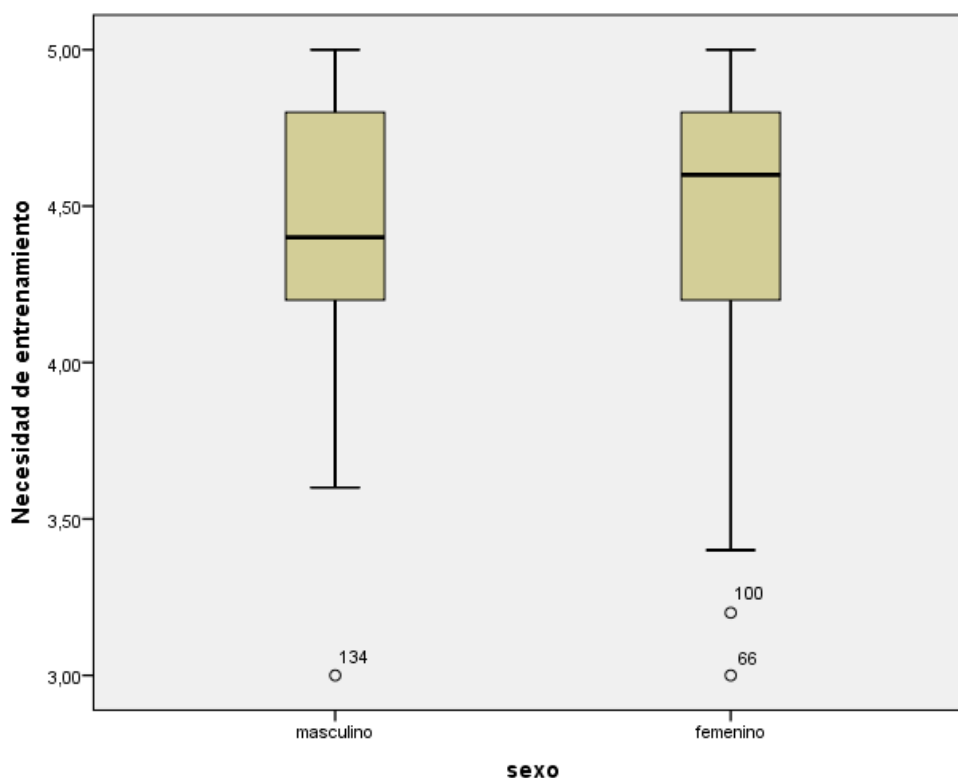
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	T student	p
Necesidad de entrenamiento especial	masculino	31	4,4000	,46476	-1,749	0,082
	femenino	147	4,5374	,38235		

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el puntaje medio obtenido por el personal de salud que acudió al curso de educadores en diabetes en la dimensión necesidad de entrenamiento especial según sexo fue de 4,4000 puntos para el sexo masculino en tanto que el 4,5374 puntos para el sexo femenino.

Al aplicar la Prueba de T de student para ver comparación de medias nos proporciona el valor de -1,749, con p valor de 0,082; por lo cual podemos concluir que la diferencia en la dimensión necesidad de entrenamiento según sexo no es estadísticamente significativa.

**Gráfico N°12: Necesidad de entrenamiento especial según sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**





**Tabla N° 16: Percepción de la gravedad según sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

Sexo	N	Media	Desviación típ.	T student	p
Percepción de la gravedad masculino	31	3,8452	,54027	-0,004	0,996
femenino	147	3,8456	,46038		

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el puntaje medio obtenido por el personal de salud que acudió al curso de educadores en diabetes en la dimensión percepción de la gravedad según sexo fue de 3,8452 puntos para el sexo masculino en tanto que el 3,8456 puntos para el sexo femenino.

Al aplicar la Prueba de T de student para ver comparación de medias nos proporciona el valor de -0,004, con p valor de 0,996; por lo cual podemos concluir que la diferencia en la dimensión percepción de la gravedad según sexo no es estadísticamente significativa.

**Tabla N° 17: Valoración del control estricto según sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

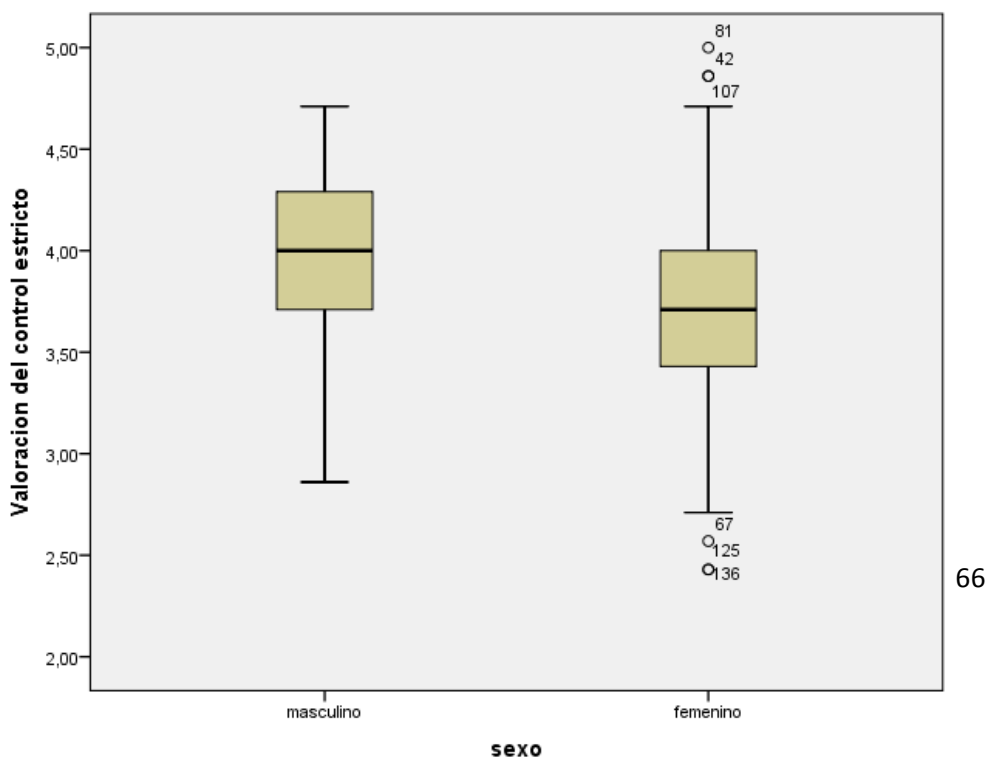
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	T student	p	IC 95%
Valoración del control estricto	Masculino	31	3,9861	,45085	2,484	0,014	0,050 – 0,442
	Femenino	147	3,7394	,51250			

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el puntaje medio obtenido por el personal de salud que acudió al curso de educadores en diabetes en la dimensión valoración del control estricto según sexo fue de 3,9861 puntos para el sexo masculino en tanto que el 3,7394 puntos para el sexo femenino.

Al aplicar la Prueba de T de student para ver comparación de medias nos proporciona el valor de 2,484, con p valor de 0,014; por lo cual podemos concluir que la diferencia en la dimensión valoración del control estricto según sexo es estadísticamente significativa.

**Gráfico N°13: Valoración del control estricto según sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**



**Tabla N° 18: Valoración del impacto psicosocial según sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

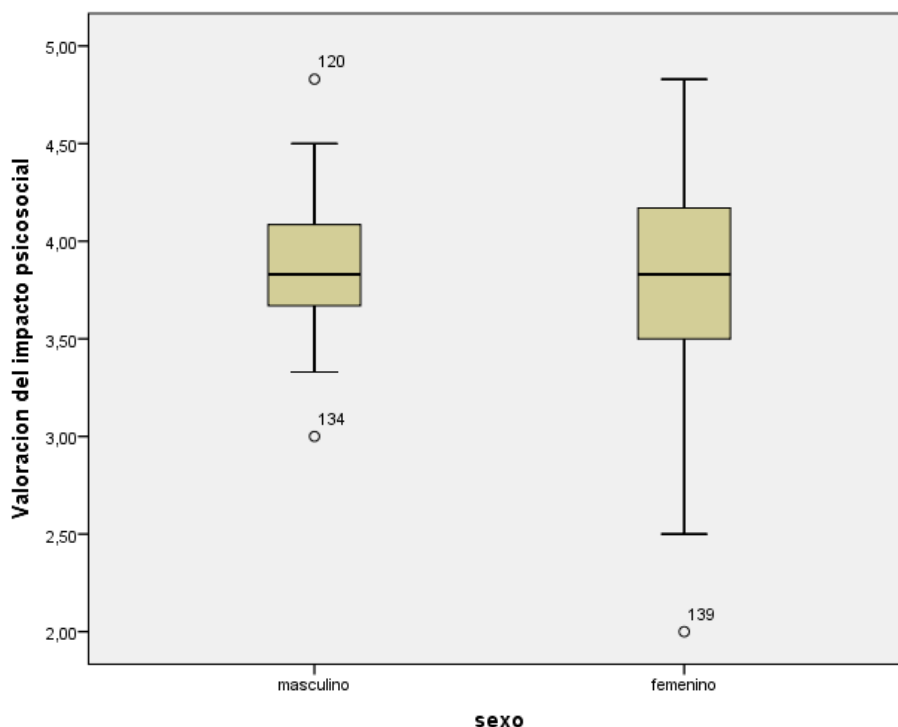
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	T student	p
Valoración del impacto psicosocial	masculino	31	3,8658	,40257	0,849	0,397
	femenino	147	3,7836	,50565		

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el puntaje medio obtenido por el personal de salud que acudió al curso de educadores en diabetes en la dimensión valoración del impacto psicosocial según sexo fue de 3,8658 puntos para el sexo masculino en tanto que el 3,7836 puntos para el sexo femenino.

Al aplicar la Prueba de T de student para ver comparación de medias nos proporciona el valor de 0,849, con p valor de 0,397; por lo cual podemos concluir que la diferencia en la dimensión valoración del impacto psicosocial según sexo no es estadísticamente significativa.

**Gráfico N°14: Valoración del impacto psicosocial según sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**



**Tabla N° 19: Autonomía del paciente según sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

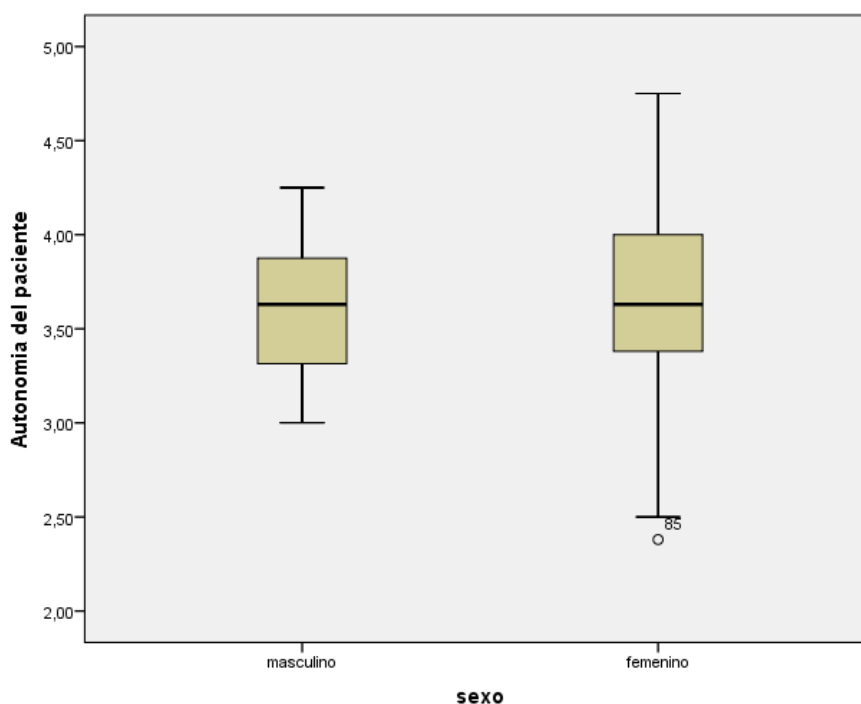
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	T student	p
Autonomía del paciente	masculino	31	3,5945	,36304	-1,237	0,218
	femenino	147	3,7020	,45409		

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el puntaje medio obtenido por el personal de salud que acudió al curso de educadores en diabetes en la dimensión autonomía del paciente según sexo fue de 3,5945 puntos para el sexo masculino en tanto que el 3,7020 puntos para el sexo femenino.

Al aplicar la Prueba de T de student para ver comparación de medias nos proporciona el valor de -1,237, con p valor de 0,218; por lo cual podemos concluir que la diferencia en la dimensión autonomía del paciente según sexo no es estadísticamente significativo.

**Gráfico N°15: Valoración del impacto psicosocial según sexo del personal de salud tratante en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**



**Tabla N° 20: Actitud hacia la diabetes según edad del personal de salud tratante en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**

Dimensiones		Edad
Necesidad de entrenamiento	Correlación de Pearson	-,019
	Sig. (bilateral)	,798
	N	178
Percepción de la gravedad	Correlación de Pearson	-,110
	Sig. (bilateral)	,142
	N	178
Valoración del control estricto	Correlación de Pearson	-,001
	Sig. (bilateral)	,989
	N	178
Valoración del impacto psicosocial	Correlación de Pearson	-,086
	Sig. (bilateral)	,255
	N	178
Autonomía del paciente	Correlación de Pearson	,012
	Sig. (bilateral)	,873
	N	178

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar la correlación entre las dimensiones de la actitud hacia la diabetes según edad del personal de salud; en la dimensión necesidad de entrenamiento y edad se obtiene una correlación de Pearson -0,019 y un p valor 0,798; en la dimensión percepción de la gravedad y edad se obtiene una correlación de Pearson -0,110 y un p valor de 0,142; en la dimensión valoración del control estricto y edad se obtiene una correlación de Pearson -0,001 y un p valor 0,989; en la dimensión valoración del impacto psicosocial y edad se obtiene una correlación de Pearson -0,086 y un p valor 0,255; en la dimensión autonomía del paciente y edad se obtiene una correlación de Pearson 0,012 y p valor de 0,873.

**Tabla N° 21: Actitud hacia la diabetes según perfil ocupacional del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

Dimensiones	Perfil	N	Media	Desviación típica	F (intergrupos)	p valor	p valor Bonferroni	
Ocupacional	Médico	78	4,4795	,43644	0,455	0,714		
	Enfermera	56	4,5250	,35278				
	Nutricionista	24	4,5833	,30598				
	Otros	20	4,5300	,48243				
	Total	178	4,5135	,39991				
Necesidad de entrenamiento	Médico	78	3,9397	,46692	2,692	0,048		
	Enfermera	56	3,7268	,48897			0,21296	0,060
	Nutricionista	24	3,7583	,48267			0,18141	0,587
	Otros	20	3,9150	,37314			0,02474	1
	Total	178	3,8455	,47361				
Percepción de la gravedad	Médico	78	3,9544	,45497	7,173	0,000		
	Enfermera	56	3,5891	,52641			0,36525	0,000
	Nutricionista	24	3,6250	,44216			0,32936	0,025
	Otros	20	3,8415	,52643			0,11286	1
	Total	178	3,7824	,50982				
Valoración del control estricto	Médico	78	3,8873	,50537	1,827	0,144		
	Enfermera	56	3,7198	,51408				
	Nutricionista	24	3,6813	,37167				
	Otros	20	3,8080	,44087				
	Total	178	3,7979	,48923				
Valoración del impacto psicosocial	Médico	78	3,6959	,46162	0,281	0,839		
	Enfermera	56	3,6968	,41711				
	Nutricionista	24	3,6062	,42736				
	Otros	20	3,6890	,45952				
	Total	178	3,6833	,44057				

Fuente: Base de datos

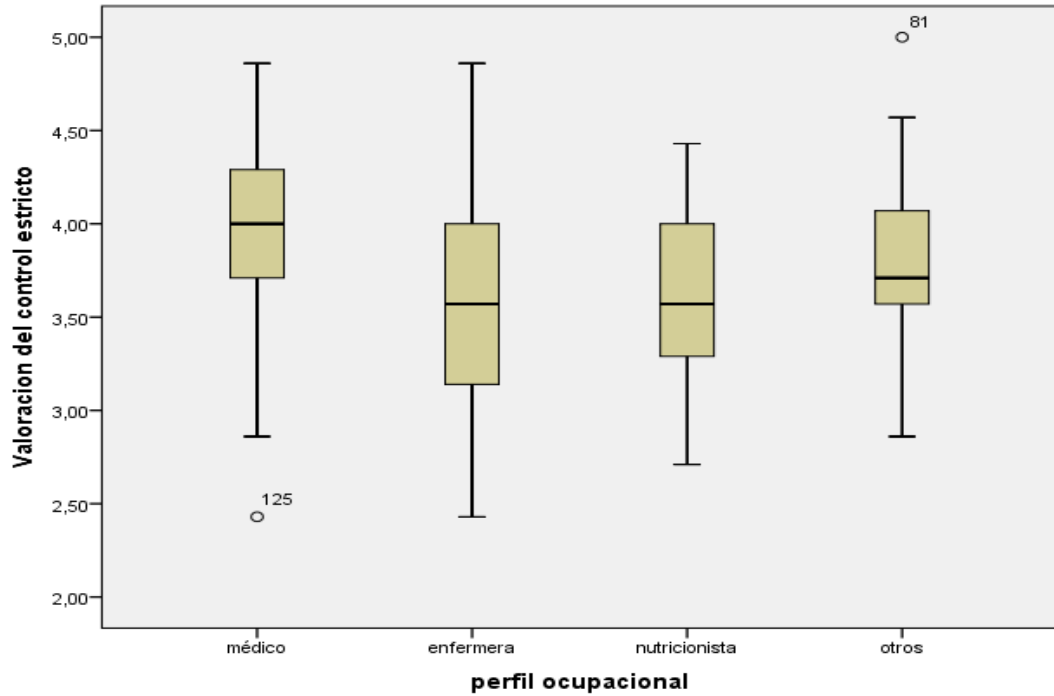
En la presente tabla se puede observar que al comparar la media obtenida por el personal de salud según profesión (médico, enfermera , nutricionista y otros) con respecto a la dimensión necesidad de entrenamiento se obtuvo F=

0,455; p valor 0,714; en la dimensión percepción de la gravedad se obtuvo  $F= 2,692$ , p valor 0,048; en la dimensión valoración del control estricto  $F= 7,173$ , p valor 0,000; en la dimensión valoración del impacto psicosocial  $F= 1,827$  p valor 0,144 y en la dimensión autonomía del paciente se obtuvo  $F= 0,281$ , p valor 0,839.

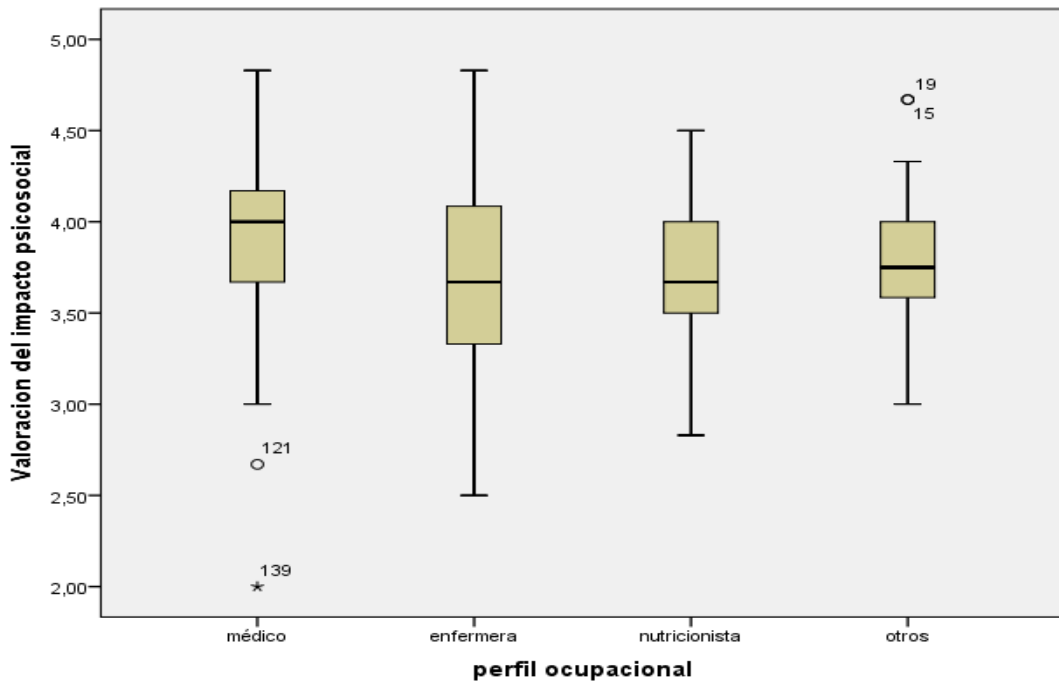
Por lo que podemos observar que existe diferencia de medias estadísticamente significativa entre el personal de salud según profesión en la dimensión percepción de la gravedad y valoración del control estricto. Al aplicar la prueba post hoc correspondiente se halló que en la dimensión percepción de la gravedad la prueba de Bonferroni obtuvo el valor de 0,21296,  $p= 0,060$  entre médico y enfermera; entre médico y nutricionista Bonferroni = 0,18141,  $p= 0,587$  y entre médico y otros Bonferroni = 0,02474,  $p= 1$ . En tanto que en la dimensión valoración del control estricto la prueba de Bonferroni=0,36525,  $p=0,000$  entre médico y enfermera; entre médico y nutricionista Bonferroni=0,32936,  $p=0,025$  y entre médico y otros se obtuvo el Bonferroni= 0,11286,  $p= 1$ .

Por lo que podemos concluir que la diferencia en la percepción de la gravedad según el grupo profesional no es estadísticamente significativa; por el contrario en la dimensión valoración del control estricto según el grupo profesional la diferencia es estadísticamente significativa; lo que quiere decir que existe diferencia en la valoración del control estricto por parte del médico en comparación con la enfermera y la nutricionista.

**Gráfico N°16: Valoración del control estricto según perfil ocupacional del personal de salud tratante en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**



**Gráfico N°17: Valoración del impacto psicosocial según perfil ocupacional del personal de salud tratante en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**





**Tabla N°22: Actitud hacia la diabetes según área laboral del personal de salud tratante en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

Dimensión	Área Laboral	N	Media	Desviación típica	F (intergrupos)	p valor	Bonferrini	p valor
Necesidad de entrenamiento especial	Consultorio Externo	145	4,5214	,39532	3,077	0,029	-,44216*	0,020
	Hospitalización	4	4,5000	,47610				
	Emergencia	12	4,2167	,47065				
	Área Administrativa	17	4,6588	,28076				
	Total	178	4,5135	,39991				
Percepción de la gravedad	Consultorio Externo	145	3,8669	,45993	0,844	0,471		
	Hospitalización	4	3,7500	,65574				
	Emergencia	12	3,6500	,63461				
	Área Administrativa	17	3,8235	,42943				
	Total	178	3,8455	,47361				
Valoración del control estricto	Consultorio Externo	145	3,7832	,50956	0,458	0,712		
	Hospitalización	4	3,4975	,52974				
	Emergencia	12	3,8208	,32413				
	Área Administrativa	17	3,8147	,62536				
	Total	178	3,7824	,50982				
Valoración del impacto psicosocial	Consultorio Externo	145	3,8359	,49885	1,692	0,171		
	Hospitalización	4	3,7075	,60124				
	Emergencia	12	3,6667	,31011				
	Área Administrativa	17	3,5876	,44633				
	Total	178	3,7979	,48923				
Autonomía del paciente	Consultorio Externo	145	3,6959	,44534	0,301	0,824		
	Hospitalización	4	3,7200	,57902				
	Emergencia	12	3,5875	,36302				
	Área Administrativa	17	3,6353	,44461				
	Total	178	3,6833	,44057				

Fuente: Base de datos

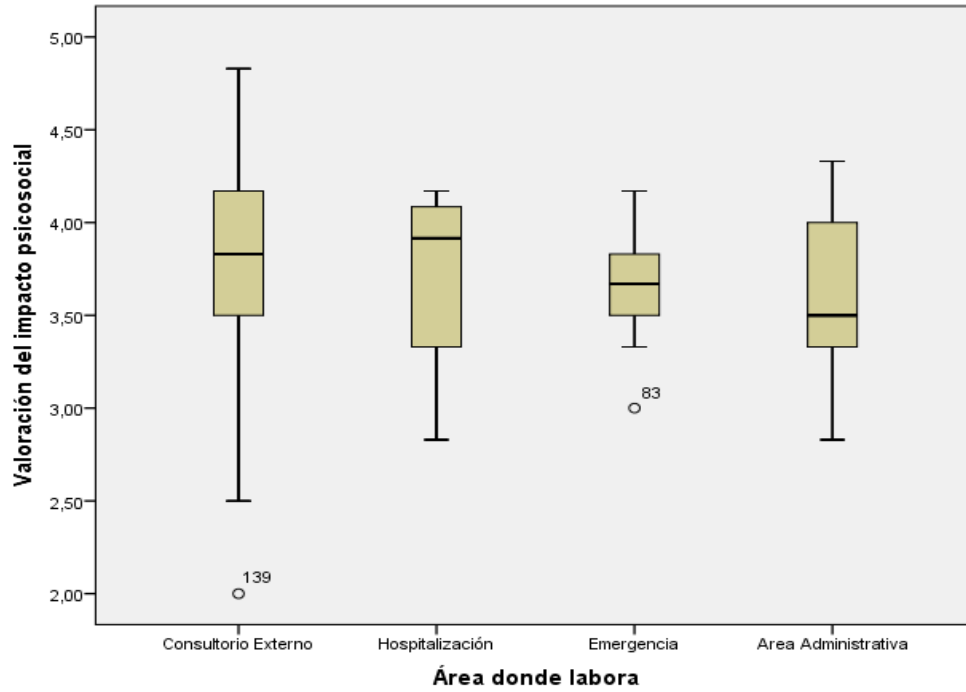
En la presente tabla se puede observar que al comparar la media obtenida por el personal de salud según área laboral donde se desempeñan (consultorio externo, hospitalización, emergencia y área administrativa) con respecto a la dimensión necesidad de entrenamiento se obtuvo F=

3,077; p valor= 0,029; en la dimensión percepción de la gravedad se obtuvo  $F= 0,844$ , p valor= 0,471; en la dimensión valoración del control estricto  $F= 0,458$ , p valor 0,712; en la dimensión valoración del impacto psicosocial  $F= 1,692$ , p valor= 0,171 y en la dimensión autonomía del paciente se obtuvo  $F= 0,301$ , p valor 0,824.

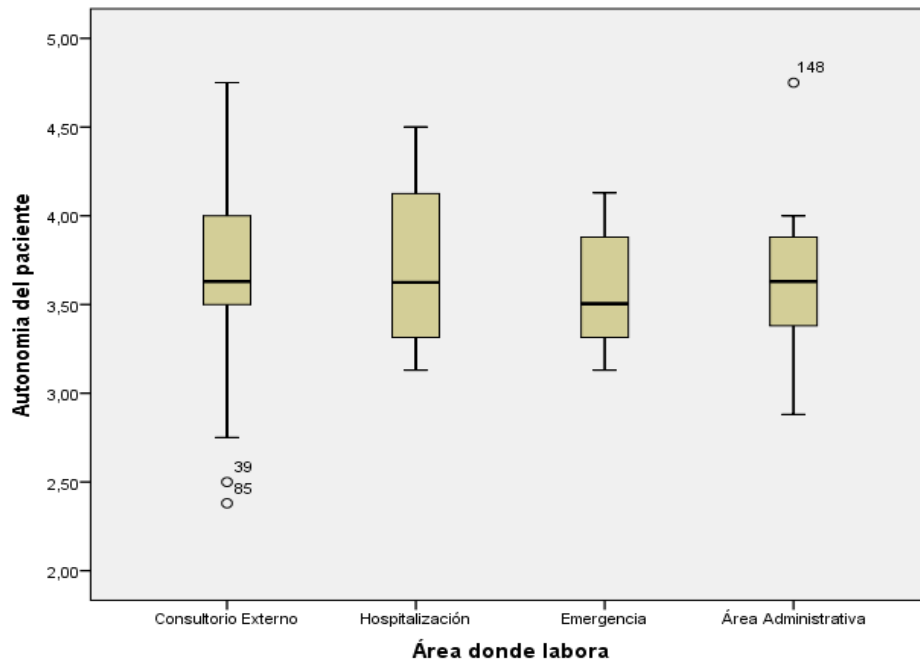
Por lo que podemos observar que existe diferencia de medias estadísticamente significativa según área laboral del personal de salud en la dimensión necesidad de entrenamiento. Al aplicar la prueba post hoc correspondiente se halló que en la dimensión necesidad de entrenamiento la prueba de Bonferroni obtuvo el valor de -0,44216,  $p= 0,020$  entre el personal que labora en emergencia y el área administrativa

Por lo que podemos concluir que existe diferencia estadísticamente significativa entre el personal que labora en emergencia y en el área administrativa en la dimensión necesidad de entrenamiento; lo que quiere decir que el personal que labora en el área administrativa le da mayor importancia a la necesidad de entrenamiento en comparación al personal que labora en emergencia

**Gráfico N°18: Valoración del impacto psicosocial según área laboral del personal de salud tratante en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**



**Gráfico N°19: Autonomía del paciente según área laboral del personal de salud tratante en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**



**Tabla N° 23: Necesidad de entrenamiento especial según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	T student	p
Necesidad entrenamiento especial	Masculino	25	3,1280	,38678	-3,468	0,001
	Femenino	153	3,5065	,52235		

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el puntaje medio obtenido por los pacientes con diabetes mellitus tipo II en la dimensión necesidad de entrenamiento especial según sexo fue de 3,1280 puntos para el sexo masculino en tanto que el 3,5065 puntos para el sexo femenino.

Al aplicar la Prueba de T de student para ver comparación de medias nos proporciona el valor de -3,468, con p valor de 0,001; por lo cual podemos concluir que la diferencia en la dimensión necesidad de entrenamiento especial según sexo es estadísticamente significativa.

**Tabla N° 24: Percepción de la gravedad según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

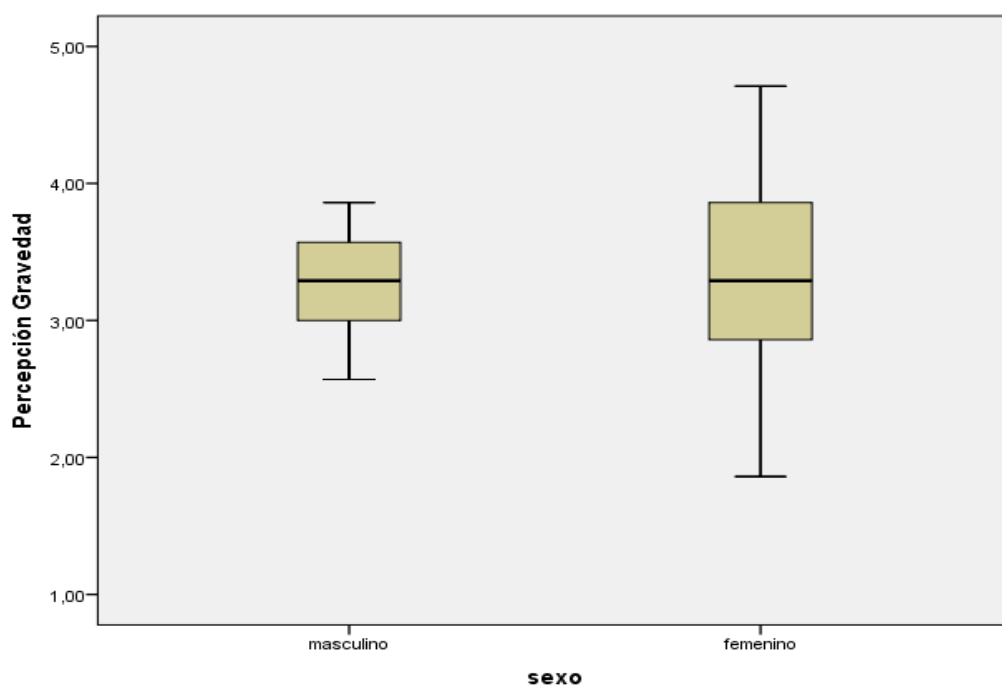
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	T student	p
Percepción de la gravedad	Masculino	25	3,2524	,41614	-0,400	0,690
	Femenino	153	3,3072	,66297		

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el puntaje medio obtenido por los pacientes con diabetes mellitus tipo II en la dimensión percepción de la gravedad según sexo fue de 3,2524 puntos para el sexo masculino en tanto que el 3,3072 puntos para el sexo femenino.

Al aplicar la Prueba de T de student para ver comparación de medias nos proporciona el valor de -0,400, con p valor de 0,690; por lo cual podemos concluir que la diferencia en la dimensión percepción de la gravedad según sexo no es estadísticamente significativa

**Gráfico N°20: Percepción de la gravedad según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**



**Tabla N° 25: Valoración del control estricto según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

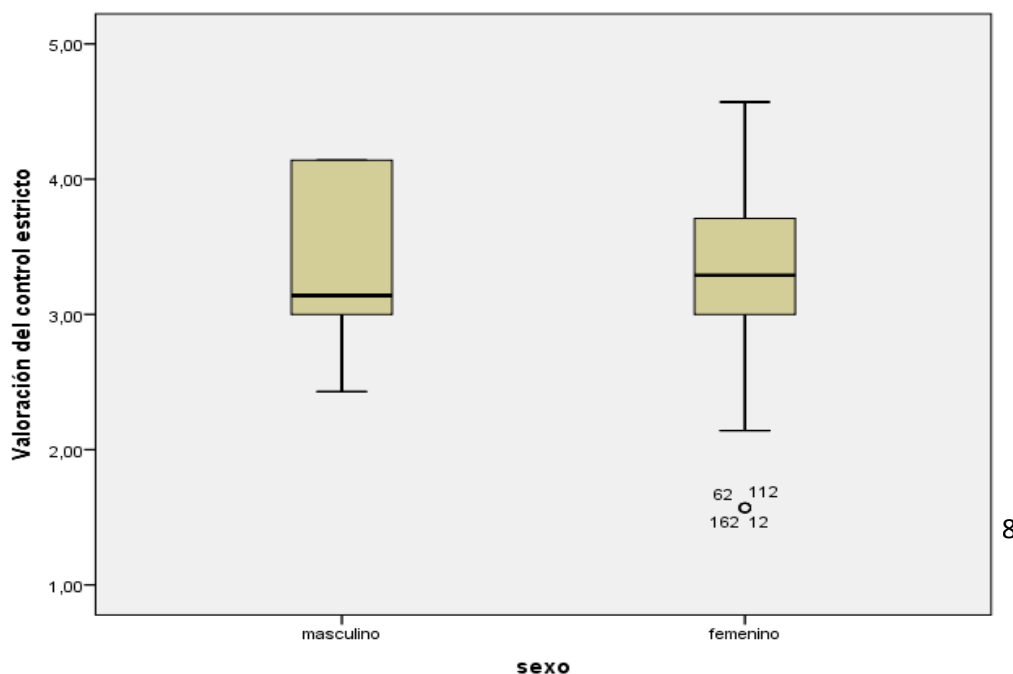
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	T student	p
Valoración del control estricto	Masculino	25	3,2672	,60378	-0,444	0,657
	Femenino	153	3,3278	,63705		

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el puntaje medio obtenido por los pacientes con diabetes mellitus tipo II en la dimensión valoración del control estricto según sexo fue de 3,2672 puntos para el sexo masculino en tanto que el 3,3278 puntos para el sexo femenino.

Al aplicar la Prueba de T de student para ver comparación de medias nos proporciona el valor de -0,444, con p valor de 0,657; por lo cual podemos concluir que la diferencia en la dimensión valoración del control estricto según sexo no es estadísticamente significativa

**Gráfico N°21: Valoración del control estricto según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**



**Tabla N° 26: Valoración del impacto psicosocial según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

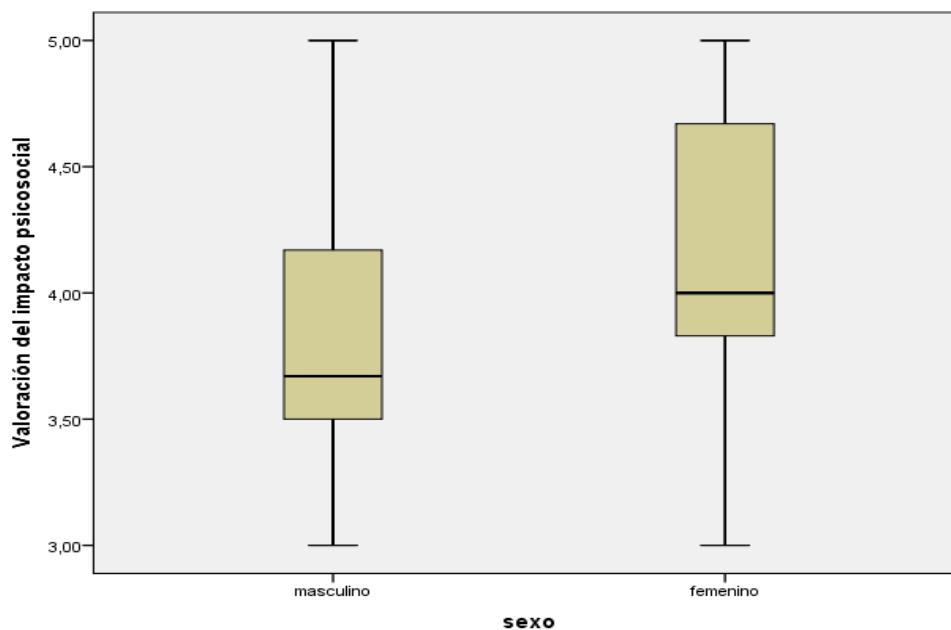
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	T student	p
Valoración del impacto psicosocial	masculino	25	3,8472	,55951	-2,385	0,018
	femenino	153	4,1472	,58663		

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el puntaje medio obtenido por los pacientes con diabetes mellitus tipo II en la dimensión valoración del impacto psicosocial según sexo fue de 3,8472 puntos para el sexo masculino en tanto que el 4,1472 puntos para el sexo femenino.

Al aplicar la Prueba de T de student para ver comparación de medias nos proporciona el valor de -2,385, con p valor de 0,018; por lo cual podemos concluir que la diferencia en la dimensión valoración del impacto psicosocial según sexo es estadísticamente significativa

**Gráfico N°22: Valoración del impacto psicosocial según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**



**Tabla N° 27: Autonomía del paciente según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	T student	p
Autonomía del paciente	masculino	25	3,8916	,50637	0,432	0,666
	femenino	153	3,8469	,47504		

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que el puntaje medio obtenido por los pacientes con diabetes mellitus tipo II en la dimensión autonomía del paciente según sexo fue de 3,8916 puntos para el sexo masculino en tanto que el 3,8469 puntos para el sexo femenino.

Al aplicar la Prueba de T de student para ver comparación de medias nos proporciona el valor de 0,432, con p valor de 0,666; por lo cual podemos concluir que la diferencia en la dimensión autonomía del paciente según sexo no es estadísticamente significativo.



**Tabla N° 28: Actitud hacia la diabetes según grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**

Dimensión	Grado de instrucción	N	Media	Desviación típica	F (intergrupos)	p valor	Bonferroni	p valor
Necesidad de entrenamiento especial	Analfabeto	4	3,0000	,00000	2,484	0,045		
	Primaria	63	3,3524	,48155			-0,35238	1
	Secundaria	46	3,4522	,52567			-,45217	,927
	Superior Técnico	41	3,5488	,50255			-,54878	,426
	Superior Universitaria	24	3,6333	,61196			-,63333	,235
	Total	178	3,4534	,52153				
Percepción Gravedad	Analfabeto	4	2,1400	,00000	9,776	0,000		
	Primaria	63	3,0814	,54227			-,94143*	,019
	Secundaria	46	3,4561	,56741			-1,31609*	,000
	Superior Técnico	41	3,5941	,56681			-1,45415*	,000
	Superior Universitaria	24	3,2617	,73317			-1,12167*	,004
	Total	178	3,2995	,63348				
Valoración del control estricto	Analfabeto	4	3,1400	,00000	1,693	0,154		
	Primaria	63	3,2437	,57917				
	Secundaria	46	3,2141	,75020				
	Superior Técnico	41	3,4654	,48434				
	Superior Universitaria	24	3,5000	,73286				
	Total	178	3,3193	,63118				
Valoración del impacto psicosocial	Analfabeto	4	4,6650	,38682	4,770	0,001		
	Primaria	63	4,0186	,60839			,33167*	,040
	Secundaria	46	3,9098	,62395			,44046*	,004
	Superior Técnico	41	4,3502	,42839				
	Superior Universitaria	24	4,1942	,56585				
	Total	178	4,1051	,59068				
Autonomía paciente	Analfabeto	4	4,8125	,12500	9,339	0,000		
	Primaria	63	3,7981	,47431			1,01440*	,000
	Secundaria	46	3,9913	,38426			,82120*	,004
	Superior Técnico	41	3,6244	,38596			1,18811*	,000
	Superior Universitaria	24	3,9642	,54002			,84833*	,004
	Total	178	3,8532	,47833				

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que al comparar la media obtenida en las dimensiones de la actitud hacia la diabetes por los pacientes según el grado de instrucción se obtuvo en la dimensión necesidad de entrenamiento especial  $F= 2,484$  ;  $p$  valor= 0,045; en la dimensión percepción de la gravedad se obtuvo  $F= 9,776$   $p$  valor= 0,000; en la dimensión valoración del control estricto  $F= 1,693$ ,  $p$  valor 0,154; en la dimensión valoración del impacto psicosocial  $F= 4,770$   $p$  valor= 0,001 y en la dimensión autonomía del paciente se obtuvo  $F= 9,339$   $p$  valor 0,000.

Por lo que podemos observar que existe diferencia de medias estadísticamente significativa según grado de instrucción de los pacientes en la dimensión necesidad de entrenamiento especial, percepción de la gravedad, valoración del impacto psicosocial y autonomía del paciente. Al aplicar la prueba post hoc para identificar diferencias entre las categorías correspondiente se halló que en la dimensión necesidad de entrenamiento las pruebas de Bonferroni entre los grados de instrucción no fueron estadísticamente significativo; en tanto que en la dimensión percepción de la gravedad las pruebas de Bonferroni fueron estadísticamente significativas entre los analfabetos y los que tienen grado de instrucción secundaria, superior técnico y superior universitaria. ( $p = 0,000$  ;  $p=0,000$ ;  $p = 0,004$ ).

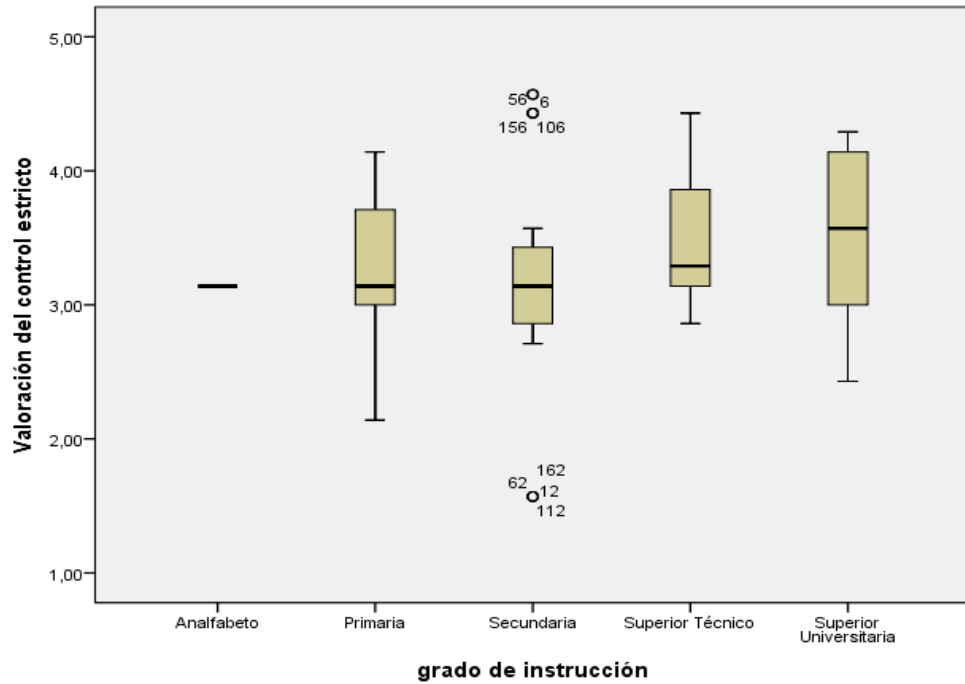
En la dimensión valoración del impacto psicosocial se halló que las pruebas de bonferroni estadísticamente significativas fueron entre los que tienen grado de instrucción superior técnico con secundaria y primaria ( $p=0,040$ ;  $p= 0,004$ ).

En la dimensión autonomía del paciente se hallaron que las pruebas de bonferroni estadísticamente significativas fueron entre los analfabetos con los que tienen grado de instrucción primaria, secundaria, superior técnico y superior universitaria.

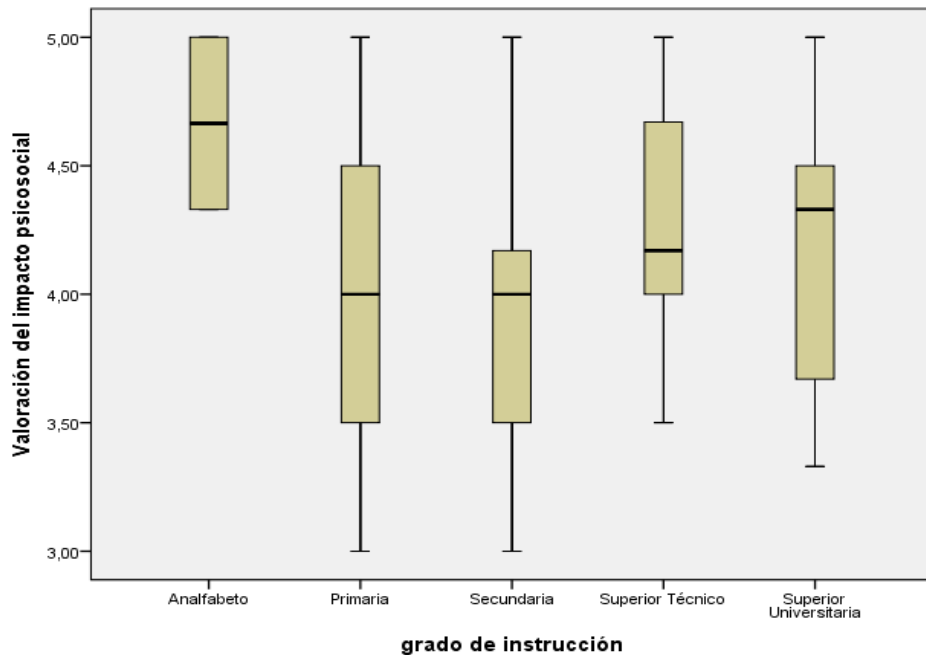
Por lo que podemos concluir que los paciente con grado de instrucción secundaria, superior técnico y superior universitaria le da mayor importancia a la percepción de la gravedad en comparación con el analfabeto; en tanto que los pacientes que tiene superior técnico le da mayor importancia al impacto psicosocial en comparación con los de grado de instrucción secundaria y primaria.

Y en la dimensión autonomía del paciente los que tienen menor grado de instrucción le dan mayor importancia en comparación con los que tienen mayor grado de instrucción

**Gráfico N°23: Valoración del control estricto según grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**



**Gráfico N°24: Valoración del impacto psicosocial según grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**



**Tabla N° 29: Actitud hacia la diabetes según edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

Dimensiones		edad
Necesidad de entrenamiento	Correlación de Pearson	-,027
	Sig. (bilateral)	,716
	N	178
Percepción de la gravedad	Correlación de Pearson	-,103
	Sig. (bilateral)	,173
	N	178
Valoración del control estricto	Correlación de Pearson	-,030
	Sig. (bilateral)	,690
	N	178
Valoración del impacto psicosocial	Correlación de Pearson	,036
	Sig. (bilateral)	,630
	N	178
Autonomía del paciente	Correlación de Pearson	,070
	Sig. (bilateral)	,353
	N	178

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar la correlación entre las dimensiones de la actitud hacia la diabetes según edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II; en la dimensión necesidad de entrenamiento y edad se obtiene una correlación de Pearson -0,027 y un p valor 0,716; en la dimensión percepción de la gravedad y edad se obtiene una correlación de Pearson -0,013 y un p valor de 0,173; en la dimensión valoración del control estricto y edad se obtiene una correlación de Pearson -0,030 y un p valor 0,690; en la dimensión valoración del impacto psicosocial y edad se obtiene

una correlación de Pearson 0,036 y un p valor 0,630; en la dimensión autonomía del paciente y edad se obtiene una correlación de Pearson 0,070 y p valor de 0,353.

**Tabla N° 30: Actitud hacia la diabetes según tiempo de enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

Dimensiones		Tiempo de enfermedad
Necesidad de entrenamiento	Correlación de Pearson	-,068
	Sig. (bilateral)	,364
	N	178
Percepción de la gravedad	Correlación de Pearson	,048
	Sig. (bilateral)	,523
	N	178
Valoración del control estricto	Correlación de Pearson	,324*
	Sig. (bilateral)	,000
	N	178
Valoración del impacto psicosocial	Correlación de Pearson	,024
	Sig. (bilateral)	,753
	N	178
Autonomía del paciente	Correlación de Pearson	-,092
	Sig. (bilateral)	,223
	N	178

\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la presente tabla se puede observar la correlación entre las dimensiones de la actitud hacia la diabetes según tiempo de enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II; en la dimensión necesidad de entrenamiento y tiempo de enfermedad se obtiene una correlación de Pearson -0,068 y un p valor 0,364; en la dimensión percepción de la gravedad y tiempo de enfermedad se obtiene una correlación de Pearson 0,048 y un p valor de 0,523; en la dimensión valoración del control estricto y tiempo de enfermedad se obtiene una correlación de Pearson 0,324 y un p valor 0,000; en la dimensión valoración del impacto psicosocial y tiempo de

enfermedad se obtiene una correlación de Pearson 0,024 y un p valor 0,753; en la dimensión autonomía del paciente y tiempo de enfermedad se obtiene una correlación de Pearson -0,092 y p valor de 0,223.



**Tabla N° 31: Actitud hacia la diabetes según tipo de tratamiento recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**

Dimensión	Tratamiento	N	Media	Desviación típica	F (intergrupos)	P valor	Bonferroni	p valor	
Necesidad de entrenamiento especial	ADO	110	3,4818	,51281	1,205	0,302			
	Insulina	13	3,5692	,76527					
	ADO+Insulina	55	3,3691	,46741					
	Total	178	3,4534	,52153					
Percepción Gravedad	ADO	110	3,3788	,70106	3,229	0,042			
	Insulina	13	3,3823	,46730					
	ADO+Insulina	55	3,1213	,47744				,25755	,041
	Total	178	3,2995	,63348					
Valoración del control estricto	ADO	110	3,3486	,68299	0,927	0,398			
	Insulina	13	3,0969	,31141					
	ADO+Insulina	55	3,3133	,57359					
	Total	178	3,3193	,63118					
Valoración del impacto psicosocial	ADO	110	4,1233	,56853	0,775	0,462			
	Insulina	13	4,2423	,37652					
	ADO+Insulina	55	4,0362	,67056					
	Total	178	4,1051	,59068					
Autonomía paciente	ADO	110	3,8595	,47601	0,031	0,969			
	Insulina	13	3,8292	,41506					
	ADO+Insulina	55	3,8464	,50403					
	Total	178	3,8532	,47833					

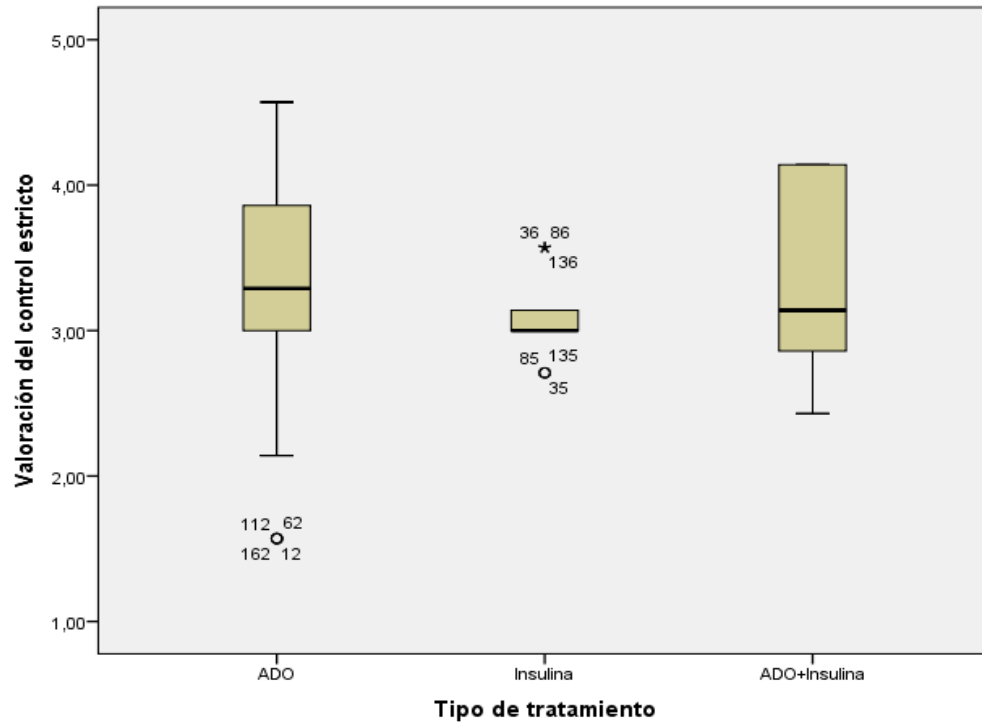
Fuente: Base de datos

En la presente tabla se puede observar que al comparar la media obtenida en las dimensiones de la actitud hacia la diabetes por los pacientes según el tipo de tratamiento que reciben se obtuvo en la dimensión necesidad de entrenamiento especial  $F= 1,205$  ;  $p$  valor= 0,302; en la dimensión percepción de la gravedad se obtuvo  $F= 3,229$   $p$  valor= 0,042; en la dimensión valoración del control estricto  $F= 0,927$ ,  $p$  valor 0,398; en la dimensión valoración del impacto psicosocial  $F= 0,775$   $p$  valor= 0,462 y en la dimensión autonomía del paciente se obtuvo  $F= 0,031$   $p$  valor 0,969.

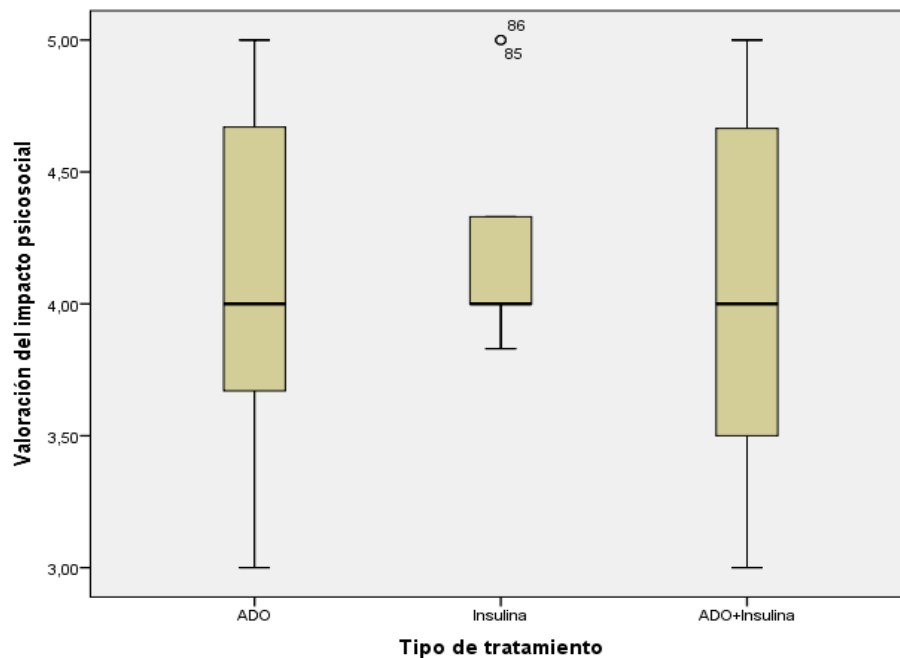
Por lo que podemos observar que existe diferencia de medias estadísticamente significativa según el tipo de tratamiento que reciben los pacientes en la dimensión percepción de la gravedad. Al aplicar la prueba post hoc para identificar diferencias entre las categorías correspondiente se halló que en la dimensión percepción de la gravedad la prueba de Bonferroni fueron estadísticamente significativas entre los pacientes que reciben ADO+ Insulina y lo que reciben solo ADO ( $p = 0,041$ ).

Por lo que podemos concluir que los pacientes que reciben solo ADO le dan mayor importancia a la percepción de la gravedad en comparación con los pacientes que reciben ADO+Insulina.

**Gráfico N°25: Valoración del control estricto según tipo de tratamiento recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**



**Gráfico N°26: Valoración del impacto psicosocial según tipo de tratamiento recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**



**Tabla N° 32: Actitud hacia la diabetes según Tipo de complicaciones reportadas por los pacientes con diabetes mellitus tipo II en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

Dimensión	Complicaciones Reportadas	N	Media	Desviación típica	F (intergrupos)	p valor	Bonferroni	p valor
Necesidad de entrenamiento especial	Retinopatía	19	3,5368	,66014	0,696	0,653		
	Neuropatía	41	3,4878	,55866				
	Nefropatía	8	3,3250	,54445				
	Hipoglicemia	11	3,4182	,42384				
	Pie Diabético	3	3,7333	,57735				
	Otros	15	3,6000	,63246				
	Sin complicaciones	81	3,3963	,45454				
	Total	178	3,4534	,52153				
Percepción Gravedad	Retinopatía	19	3,7047	,27352	9,313	0,000		
	Neuropatía	41	3,2124	,69812			0,49230	,038
	Nefropatía	8	3,4300	,45969			0,27474	1
	Hipoglicemia	11	2,3518	,61543			1,35292	,000
	Pie Diabético	3	4,0000	,00000			-0,29526	1
	Otros	15	2,9593	,53885			0,74540	,003
	Sin complicaciones	81	3,4014	,54039			0,30338	,732
	Total	178	3,2995	,63348				
Valoración del control estricto	Retinopatía	19	3,6753	,47151	1,536	0,169		
	Neuropatía	41	3,3180	,62610				
	Nefropatía	8	3,1450	,15501				
	Hipoglicemia	11	3,1691	,23713				
	Pie Diabético	3	3,2900	,00000				
	Otros	15	3,1027	,33131				
	Sin complicaciones	81	3,3153	,74966				
	Total	178	3,3193	,63118				
Valoración del impacto psicosocial	Retinopatía	19	4,3332	,44542	1,722	0,118		
	Neuropatía	41	4,1215	,62469				
	Nefropatía	8	4,3350	,35813				
	Hipoglicemia	11	4,3773	,52334				
	Pie Diabético	3	4,1700	,00000				
	Otros	15	3,8893	,54734				
	Sin complicaciones	81	4,0211	,62475				
	Total	178	4,1051	,59068				
Autonomía	Retinopatía	19	4,0542	,29231	1,952	0,075		

paciente	Neuropatía	41	3,9193	,43120
	Nefropatía	8	4,0000	,42258
	Hipoglicemia	11	3,9318	,81464
	Pie Diabético	3	4,1300	,00000
	Otros	15	3,6347	,33334
	Sin complicaciones	81	3,7777	,49351
	Total	178	3,8532	,47833

---

En la presente tabla se puede observar que al comparar la media obtenida en las dimensiones de la actitud hacia la diabetes por los pacientes según el tipo de comorbilidad reportada se obtuvo en la dimensión necesidad de entrenamiento especial  $F= 0,696$  ;  $p$  valor=  $0,653$ ; en la dimensión percepción de la gravedad se obtuvo  $F= 9,313$   $p$  valor= $0,000$  ; en la dimensión valoración del control estricto  $F=1,536$  ,  $p$  valor= $0,169$  ; en la dimensión valoración del impacto psicosocial  $F=1,722$   $p$  valor= $0,118$  y en la dimensión autonomía del paciente se obtuvo  $F=1,952$   $p$  valor= $0.075$

Por lo que podemos observar que existe diferencia de medias estadísticamente significativa según el tipo de comorbilidad reportada en la dimensión percepción de la gravedad. Al aplicar la prueba post hoc para identificar diferencias entre las categorías correspondiente se halló que las pruebas de bonferroni estadísticamente significativas fueron entre los que tienen retinopatía y neuropatía ( $p$  valor=  $0,038$ ), retinopatía e hipoglicemia ( $p$  valor=  $0,000$ ) y retinopatía y otro tipo de comorbilidad reportada ( $p$  valor=  $0,003$ )

Por lo que podemos concluir que los pacientes con retinopatía, neuropatía, hipoglicemia y otras complicaciones les dan mayor importancia a la percepción de la gravedad.

**Tabla N° 33: Necesidad de entrenamiento especial del personal de salud tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

	Ocupación	N	Media	Desviación típ.	T student	p	IC 95%
Necesidad entrenamiento especial	personal de salud	178	4,5135	,39991	21,521	0,000	0,963-1,156
	paciente	178	3,4534	,52153			

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se observa que el puntaje medio de la dimensión necesidad de entrenamiento especial del personal de salud es de 4,5135 con una desviación estándar de 0,399 y en el caso de los pacientes el puntaje medio es de 3,4534 con una desviación estándar de 0,52153.

Al aplicar la prueba de T de student para comparación de medias de la necesidad de entrenamiento especial se obtiene un valor de 21,521, con un valor p 0,000 ( $p < 0,05$  estadísticamente significativo) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe diferencia en la dimensión necesidad de entrenamiento especial en el personal de salud y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

**Tabla N° 34: Percepción de la gravedad del personal de salud tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015**

	Ocupación	N	Media	Desviación típ.	T student	P	IC 95%
Percepción de la gravedad	personal de salud	178	3,8455	,47361	9,210	0,000	0,429-0,662
	paciente	178	3,2995	,63348			

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se observa que el puntaje medio de la dimensión percepción de la gravedad del personal de salud es de 3,8455 con una desviación estándar de 0,47361 y en el caso de los pacientes el puntaje medio es de 3,2995 con una desviación estándar de 0,63348.

Al aplicar la prueba de T de student para comparación de medias de la percepción de la gravedad se obtiene un valor de 9,210, con un valor p 0,000 ( $p < 0,05$  estadísticamente significativo) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe diferencia en la dimensión percepción de la gravedad en el personal de salud y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

**Tabla N° 35: Valoración del control estricto del personal de salud tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

	Ocupación	N	Media	Desviación típ.	T student	P	IC 95%
Valoración del control estricto	personal de salud	178	3,7824	,50982	7,614	0,000	0,343-0,582
	paciente	178	3,3193	,63118			

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se observa que el puntaje medio de la dimensión valoración del control estricto del personal de salud es de 3,7824 con una desviación estándar de 0,50982 y en el caso de los pacientes el puntaje medio es de 3,3193 con una desviación estándar de 0,63118.

Al aplicar la prueba de T de student para comparación de medias de la valoración del control estricto se obtiene un valor de 7,614, con un valor p 0,000 ( $p < 0,05$  estadísticamente significativo) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe diferencia en la dimensión valoración del control estricto en el personal de salud y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.



**Tabla N° 36: Valoración del impacto psicosocial del personal de salud tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015**

Ocupación	N	Media	Desviación típ.	T student	P	IC 95%
Valoración del personal de salud	178	3,7979	,48923			
impacto paciente	178	4,1135	,59270	-5,478	0,005	-(0,428-0,202)
psicosocial						

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se observa que el puntaje medio de la dimensión valoración del impacto psicosocial del personal de salud es de 3,7979 con una desviación estándar de 0,48923 y en el caso de los pacientes el puntaje medio es de 4,1135 con una desviación estándar de 0,59270.

Al aplicar la prueba de T de student para comparación de medias de la valoración del impacto psicosocial se obtiene un valor de -5,478, con un valor p 0,005 ( $p < 0,05$  estadísticamente significativo) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe diferencia en la dimensión valoración del impacto psicosocial en el personal de salud y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

**Tabla N° 37: Autonomía del paciente percibido por el personal de salud y pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la ciudad de Lima- Perú, Enero 2015**

	Ocupación	N	Media	Desviación típ.	T student	p	IC 95%
Autonomía del paciente	personal de salud	178	3,6833	,44057	-3,485	0,001	-(0,265-0,074)
	Paciente	178	3,8532	,47833			

Fuente: Base de datos

En la presente tabla se observa que el puntaje medio de la dimensión autonomía del paciente del personal de salud es de 3,6833 con una desviación estándar de 0,44057 y en el caso de los pacientes el puntaje medio es de 3,8532 con una desviación estándar de 0,47833.

Al aplicar la prueba de T de student para comparación de medias de la dimensión autonomía del paciente se obtiene un valor de -3,485, con un valor p 0,001 ( $p < 0,05$  estadísticamente significativo) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe diferencia en la dimensión autonomía del paciente en el personal de salud y los pacientes con diabetes mellitus tipo

2

## 7. DISCUSION

En presente investigación podemos apreciar que la edad promedio del personal de salud participante en el curso FREDI (Tabla N°1) es de 42,21 años, lo cual indica indirectamente que la mayor proporción de ellos pertenecen a la etapa de vida adulto (94,9%) formando parte de lo que llamamos la población económicamente activa (PEA). Esto podría estar también en relación a que este es el grupo etáreo generalmente motivado a la participación de este tipo de eventos educativos teniendo en consideración que existe un perfil requerido para su inclusión en el proyecto FREDI que incluye la actitud positiva y el involucramiento en una estrategia relativamente nueva como lo es la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Daños no Transmisibles (ENPYCDNT) de nuestro país.

En lo que respecta al área laboral se puede colegir (Tabla N°3) que la mayor proporción del personal de salud trabaja en consultorio externo representando el 81,5% de los participantes, esto es esperable ya que el proyecto FREDI está dirigido fundamentalmente a personal que labora en establecimientos de salud de atención primaria (APS) lo cual involucra establecimientos de categoría I.

Existe un abanico de perfiles ocupacionales que participan en el abordaje del paciente diabético como parte del manejo multidisciplinario que requiere esta enfermedad, sin embargo el 88,8% de este equipo lo constituyen en nuestra población de estudio, el profesional médico, de enfermería y nutricionista los cuales conforman el equipo básico para dicho manejo y al cual va dirigida fundamentalmente la convocatoria del proyecto FREDI. Sin embargo también podemos concluir que existen distintos grupos ocupacionales involucrados en dicho abordaje que se encuentran actualmente interactuando con pacientes diabéticos y que están motivados para adquirir herramientas educativas y terapéuticas, así como se puede observar en la tabla N°4.

En lo que respecta a los pacientes podemos apreciar que el promedio de edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II es de 64,44 años (Tabla N°6), lo cual indica indirectamente que la mayor proporción (69,7%) son adultos mayores. Este grupo etáreo tiene distintas implicancias clínicas y epidemiológicas ya que podemos sospechar que es más susceptible de complicaciones micro y macrovasculares así como de comorbilidades importantes unido a dificultades educativas y terapéuticas en su abordaje como la adherencia y los factores cognitivos entre otros. Sin embargo es interesante analizar la comparación entre la edad promedio de los pacientes antes descrita y la edad promedio del personal de salud (42,21 años), lo cual generacionalmente requiere de un enfoque actitudinal, educativo, cognitivo diferenciado cuando se aborda pacientes adultos mayores.

Podemos apreciar que la mayor proporción de los pacientes con diabetes mellitus tipo II son de sexo femenino (Tabla N° 7), esto guarda relación con el hecho de que en términos generales son las mujeres las que acuden más los establecimientos de salud buscando asistencia profesional y en relación a las pacientes con diabetes mellitus son ellas mismas las que participan y se enrolan con mayor entusiasmo y motivación en programas educativos y clubes buscando las redes sociales de apoyo en comparación con el pacientes de sexo masculino quien usualmente tiene dificultades para la aceptación de la enfermedad y la búsqueda de soporte social cuyo abordaje generalmente es autodirigido y buscando recursos independientes.

En lo que respecta al grado de instrucción el 62,3% de los pacientes con diabetes mellitus tipo II tienen un grado de instrucción secundaria – superior universitaria (Tabla N°8), lo cual adquiere relevancia desde dos puntos de vista, el primero en relación a que constituyen una masa crítica con mayores recursos y competencias educativas para adquirir nuevas herramientas para el automanejo de su enfermedad y el segundo aspecto en relación a que es

posible que el grado de instrucción sea un factor gravitante en la accesibilidad a estos programas o clubes de diabéticos.

Podemos apreciar que el 54,5% de los pacientes con diabetes mellitus tipo II (Tabla N° 10) refieren tener complicaciones fundamentalmente microvasculares las cuales si bien afectan la calidad de vida del paciente diabético no limitan su participación en programas para pacientes como el evaluado. Sin embargo hay un grupo importante que asciende al 45,5% que no refiere tener complicación alguna lo cual guarda relación con el hecho de que la mayor parte de ellos recibe antidiabéticos orales como parte de su abordaje farmacológico.

Podemos apreciar que el 68,8% de los participantes refiere tener alguna comorbilidad (Tabla N° 11); siendo la comorbilidad más reportada la hipertensión arterial con un 36,5%. Sin embargo, estos datos pueden no reflejar la realidad clínica y metabólica de estos pacientes ya que por ejemplo no reportan presentar dislipidemia la cual constituye una comorbilidad prevalente en este tipo de pacientes, asimismo obesidad, cuyo impacto epidemiológico es importante en el riesgo cardiovascular, tampoco es reportada como comorbilidad. La implicancia que ello puede tener se puede ver reflejada en el entendimiento por parte del paciente del sinergismo en la potenciación del riesgo cardiovascular que la concomitancia de dichas comorbilidades traen consigo, es decir la percepción subestimada que podrían tener sobre su propio riesgo al no tomar en cuenta dichos factores como comorbilidades y la inercia en la adopción de medidas terapéuticas para su abordaje.

En lo que respecta a las actitudes en la tabla N° 13 podemos apreciar que de las 5 dimensiones que evalúa el DAS 3sp, aquella en la que el personal de salud logra un puntaje promedio más alto esta en relación a la necesidad de entrenamiento especial (4,5) seguido de percepción de la

gravedad con 3,8 de puntaje, lo cual significa que el personal de salud valora fundamentalmente la necesidad de capacitación especial para el manejo de este tipo de pacientes y esto puede estar en relación entre otros factores al hecho de que precisamente han sido seleccionados en base a un perfil personal para ser capacitados en dicho programa al cual han accedido voluntariamente durante el período de duración del mismo. Dicho de otra manera *“si no valoraran la necesidad de capacitación probablemente no estarían en el programa”*.

La actitud hacia la diabetes en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se puede observar en la tabla N° 14, en la podemos apreciar que la dimensión del DAS 3sp con mayor puntaje encontrada es la valoración del impacto psicosocial de la enfermedad con 4,11, lo cual guarda relación con el valor que el paciente preponderantemente le da al impacto psicológico, social y económico de la enfermedad en su vida.

Cuando comparamos la actitud hacia la diabetes según sexo del personal de salud (Tablas N°15, 16, 17,18 y 19) podemos apreciar que sólo hay diferencia estadísticamente significativa de la valoración del control estricto de la enfermedad que tienen hombres y mujeres siendo los primeros lo que dan mayor valor a dicha dimensión (3,9 vs 3,7;  $p=0,014$ ) lo cual significa que tienden a valorar la necesidad de ser estricto en el control de la diabetes. Esto último nos inclina a pensar que el personal de salud sobre todo médico y de sexo masculino (habrá de enfocarse en el control estricto de variables clínicas como la glicemia, lípidos, presión arterial entre otros soslayando otros aspectos relevantes psicosociales por ejemplo, en el afrontamiento de la enfermedad).

Cuando comparamos las actitud hacia la diabetes según edad del personal de salud estudiado, (Tabla N°20) podemos apreciar que no existen

diferencias estadísticamente significativas en el promedio de edad para las distintas dimensiones propuestas en el DAS 3sp lo cual significa que para esta cohorte, la edad no constituye una variable importante en la predisposición que se tenga hacia la enfermedad en las distintas dimensiones evaluadas.

En la tabla N° 21 podemos apreciar que luego de la evaluación estadística correspondiente las dos dimensiones del DAS 3sp en la que existen diferencias significativas según perfil ocupacional son: la valoración del control estricto y la percepción de la gravedad de la enfermedad siendo dichas diferencias evidentes entre el médico, quien tiene el mayor puntaje ante los demás grupos ocupacionales. Esto es claramente entendible si apelamos al hecho que es el profesional médico el que acorde a su formación eminentemente clínica el que conoce las implicancias biológicas de las variables involucradas en la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y que por lo tanto conoce en mayor o menor dimensión las complicaciones microvasculares (nefropatía, retinopatía, neuropatía) y macro vasculares (enfermedad coronaria, enfermedad cerebro vascular, enfermedad arterial periférica) de la misma, así como las variables de control de la enfermedad como son la glicemia, lípidos, presión arterial, índice de masa corporal, índice glicémico de los alimentos entre otros.

Cuando se evaluó la actitud hacia la diabetes según área laboral del personal de salud (Tabla N°22) luego del análisis estadístico correspondiente se encontró que existe diferencia significativa sólo en la dimensión necesidad de entrenamiento especial entre el área de emergencia y el área administrativa. Esto guarda relación con el hecho que es en la primera donde probablemente se abordan las complicaciones agudas más frecuentes de la enfermedad llámese hipoglicemias, cetoacidosis, estado hiperosmolar entre otras lo cual pone en mayor evidencia (que se “capta estadísticamente”) la

necesidad de entrenamiento especial comparado con aquellas áreas donde dichas complicaciones no son frecuentes o simplemente no se ven.

Cuando evaluamos la actitud hacia la diabetes según el sexo de los pacientes, podemos apreciar que de todas las dimensiones evaluadas por el DAS 3sp, sólo la dimensión “necesidad de entrenamiento especial” resulta estadísticamente significativa cuando comparamos hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo II, siendo estas últimas las que valoran más la necesidad de capacitación especial para el personal de salud que atiende este tipo de pacientes. Esta diferencia puede explicarse por aspectos estadísticos ya que el número de mujeres supera ampliamente al de hombres 153 a 25 respectivamente lo cual hace difícil llegar a conclusiones definitivas. Si dejamos de lado esta observación entonces podremos acotar que son las mujeres como lo mencionamos anteriormente las que buscan con mayor frecuencia asistencia profesional mientras los varones tratan de manejar de forma independiente su enfermedad por lo cual es más probable que las primeras piensen que se requiere cierto grado de competencias para poder alcanzar un adecuado control de la enfermedad.

Cuando evaluamos la actitud hacia la diabetes y su relación con el grado de instrucción de los pacientes (Tabla N° 28) podemos apreciar que en las dimensiones: *necesidad de entrenamiento especial, percepción de la gravedad, valoración del impacto psicosocial y autonomía del paciente* existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con menor y mayor grado de instrucción quedando como corolario de lo dicho que a mayor grado de instrucción existe una mejor actitud hacia casi todas las dimensiones del DAS 3sp con excepción de la *valoración del control estricto de la enfermedad* en la cual si bien es cierto los puntajes son mayores en los grupos de mayor grado de instrucción estos no alcanzan la significancia estadística necesaria. Esto es perfectamente explicable si comprendemos



que el grado de instrucción incrementa la probabilidad de un mejor nivel de conocimiento sobre la enfermedad y la manera de afrontarla con lo cual también aumenta la probabilidad de una mejor actitud o predisposición hacia las distintas dimensiones de su enfoque como lo propone el DAS 3sp.

En lo que respecta a la actitud hacia la diabetes según tiempo de enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II (Tabla N°30) se encontró que sólo la dimensión “*valoración del control estricto*” de la enfermedad resulta estadísticamente significativa en relación al tiempo de enfermedad lo cual implica que a mayor tiempo de enfermedad mayor valoración del control estricto de la misma. Esto se explica por el hecho de que conforme aumenta el tiempo de enfermedad también se incrementa la probabilidad de complicaciones micro o macrovasculares con el impacto subsecuente en la calidad de vida de estos pacientes y por ende de la necesidad de valorar y llevar un control más estricto sea éste farmacológico, dietético, o de automonitoreo entre otros.

Al evaluar la actitud hacia la diabetes según el tipo de complicaciones reportadas (Tabla N°32) se puede observar que existen diferencias estadísticamente significativas en la dimensión “*percepción de la gravedad*”; los pacientes que reportan que tienen retinopatía le dan mayor priorización a dicha dimensión seguida de los que tienen neuropatía, hipoglicemia y otras complicaciones; siendo los pacientes con retinopatía la que mayor puntaje le asigna a esta dimensión; esto indudablemente por todo el drama y el desmedro que sufre la calidad de vida de los pacientes que padecen de dicha complicación.

Al hacer la comparación de la “necesidad de entrenamiento especial” entre personal de salud y pacientes con diabetes mellitus tipo II se encontró diferencias estadísticamente significativa entre estos dos grupos a favor de los primeros es decir que el personal de salud valora más la necesidad de

una capacitación especial para el manejo de este tipo de pacientes. Esto es explicable por diversas razones, una de ellas es que el personal de salud ha sido seleccionado según un perfil para participar de un programa educativo como lo es el Proyecto FREDI con lo cual aumenta la probabilidad de valorar más la necesidad de entrenamiento especial, la otra razón es porque son ellos mismos los encargados de capacitar a los pacientes por lo tanto aumenta la percepción de necesidad de adquirir las competencias necesarias para poder lograrlo, sin embargo esta diferencia no es concluyente desde el punto de vista estadístico ya que el intervalo de confianza incluye la unidad.

En relación a la dimensión “*percepción de la gravedad*” y su comparación entre el personal de salud y los pacientes con diabetes mellitus tipo II (Tabla N°34) podemos apreciar que existe diferencia estadísticamente significativa entre estos dos grupos a favor de los primeros siendo esto explicable ya que la percepción de la gravedad de la enfermedad está en relación al nivel de conocimiento que se tenga de las complicaciones agudas y crónicas, micro y macro vasculares de la diabetes, sus comorbilidades y el impacto de éstas en el riesgo cardiovascular de los pacientes diabético, información que es mucho más probable que sea manejada por personal de salud.

Cuando comparamos la “*valoración del control estricto de la enfermedad*” tanto en personal de salud y pacientes con diabetes mellitus tipo II (Tabla N° 35); se encontró nuevamente que es el personal de salud el que tiene mayores puntajes debido a que como dijimos anteriormente dicha valoración dependerá del grado de conocimiento que se tenga de las repercusiones clínicas de la diabetes y de los beneficios de una terapia intensiva en la prevención de complicaciones concluimos entonces que, mientras sigan existiendo diferencias en las actitudes entre el personal de salud y los pacientes será más difícil efectuar un control adecuado.

Al visualizar las tablas N°36 y N° 37 en las que se evalúan las diferencias entre el personal de salud y los pacientes con diabetes mellitus tipo II en relación a las dimensiones del DAS 3sp: *valoración del impacto psicosocial y la autonomía*, podemos encontrar que existe diferencias estadísticamente significativa a favor de los pacientes en estas dos dimensiones, lo que significa que son ellos los que dan mayor relevancia al impacto psicológico, económico y social entre otros que tiene la enfermedad en sus vidas así como la necesidad de tener la capacidad de tomar decisiones sobre los aspectos relacionados con el manejo de su enfermedad. Esto coloca a los pacientes en un rol protagónico autopercibido en relación a ¿cómo se sienten? Y ¿cómo desean manejar su enfermedad?.

Si comparamos globalmente los resultados obtenidos en las distintas dimensiones podemos darnos cuenta que existe una divergencia en las actitudes del personal de salud y de los pacientes, unos enfocados en el control de la enfermedad y el logro de metas (*valoración del control estricto*) o la prevención de complicaciones (*percepción de la gravedad de la enfermedad*) y otros enfocados en el impacto psicosocial que la enfermedad conlleva para sí mismos y sus familias así como en la necesidad de poder participar en la toma de decisiones sobre el abordaje de su enfermedad dejando de lado el modelo paternalista y vertical para dar paso a uno basado en el autocontrol.

Esta divergencia puede ser peligrosa ya que el logro de metas y la prevención de complicaciones que ulteriormente están relacionados con la calidad de vida y la mortalidad de los pacientes diabéticos dependen de muchos factores que hemos llamado determinantes de la salud, dentro de los cuales la adherencia constituye en enfermedades crónicas un pilar fundamental para el logro de los objetivos planteados en el largo plazo. Sin embargo esta adherencia está ligada fundamentalmente a la actitud que

asuma el paciente hacia su enfermedad debiendo ser éste el protagonista de la priorización y el enfoque que vamos a darle a su plan de abordaje terapéutico.

## 8. CONCLUSIONES

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de sexo femenino identifican a la *“necesidad de entrenamiento especial”* y *“valoración del impacto psicosocial”* importante en comparación a los pacientes de sexo masculino. Los pacientes que tienen mayor grado de instrucción identifican a la *“percepción de la gravedad”* importante en comparación a los pacientes analfabetos; en tanto que la *“valoración del impacto psicosocial”* es fundamental en los pacientes con grado de instrucción superior en comparación a los pacientes con secundaria y primaria y en la dimensión *“autonomía del paciente”* los que tienen menor grado de instrucción le dan mayor importancia en comparación con los que tienen mayor grado de instrucción. Los pacientes que tienen mayor tiempo con la enfermedad le dan mayor importancia a la *“valoración del control estricto”* y lo que reciben como tratamiento solo antidiabéticos orales (ADOs) le dan mayor valor a la *“percepción de la gravedad”* en comparación a los que reciben ADOs+Insulina. Los pacientes que reportan padecer de retinopatía valoran más la *“percepción de la gravedad”* en comparación a los que refieren padecer de neuropatía, hipoglicemia y otras complicaciones.

Las actitudes hacia la diabetes entre el personal de la salud y el paciente con diabetes mellitus tipo 2 es diferente; el personal de salud le da mayor importancia a la *“necesidad de entrenamiento especial”*, la *“percepción de la gravedad”* y la *“valoración del control estricto”*, en tanto que el paciente con diabetes mellitus tipo 2 le da mayor importancia a la *“valoración del impacto psicosocial”* y la *“autonomía del paciente”*.

El personal de salud de sexo masculino le da mayor importancia a la “*valoración del control estricto*” en comparación al sexo femenino; en lo que respecta al perfil ocupacional los médicos le dan priorización a la “*percepción de la gravedad*” y “*valoración del control estricto*” en comparación a las enfermeras, nutricionistas y otro grupos ocupacionales. En tanto que el personal que labora en el área de emergencia identifica a la “*necesidad de entrenamiento especial*” esencial en comparación a los que laboran en el área administrativa.

## 9. RECOMENDACIONES

El presente estudio es de nivel descriptivo, lo cual hace necesario evaluar relacionando aquellos factores que estarían involucrados en el tipo de actitud hacia la diabetes que asumen tanto pacientes como personal de salud cuyo conocimiento, podría darnos información sobre cuál sería el perfil ideal de un educador en diabetes y cuál o cuáles el de los de los pacientes involucrados a fin de plantear la mejor estrategia educativa según las características actitudinales.

Es importante que los programas educativos establezcan indicadores de resultado no sólo basados en el nivel de conocimiento previo y post hoc que consigan los participantes sean éstos pacientes o personal de salud, sino como vemos, puedan evaluar además el tipo de actitud y las dimensiones de ésta que asumen los protagonistas cuya orientación puede afectar la adherencia y ulteriormente el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

La presente investigación ha sido realizado en personal de salud y pacientes enrolados en en un programa de capacitación continua que es llevada a cabo por ADIPER, por lo que recomendamos realizar estudios en

población tanto personal de salud como a pacientes que acuden a los establecimientos del Ministerio de Salud y que no tienen esta característica.

Al

evidenciar diferencias en las actitudes del personal y pacientes en el presente trabajo es necesario investigar además si existen diferencias entre el personal que brinda atención en las diferentes instituciones de salud (MINSAL, ESSALUD, Fuerzas Armadas e Instituciones privadas).



## 10. Presupuesto

<b>REMUNERACIONES</b>					
	5	Sesión	Asesorías	60.00	300.00
	356	Fichas	Aplicación de Fichas	5.00	1780.00
			<b>TOTAL</b>		<b>2 080.00</b>
<b>BIENES</b>					
	75	Unidades	lapiceros	0.50	37.50
	4	Unidades	Tableros	5.00	20.00
			<b>TOTAL</b>		<b>57.50</b>
<b>SERVICIOS</b>					
	80	Unidades	movilidad – transporte	3.00	240 .00
	04	Unidades	anillados	5.00	20.00
	120	horas	Internet	1.00	120.00
	180	hojas	Impresiones	0.50	90.00
	912	Hoja	Fotocopias	0.10	91.20
			<b>TOTAL</b>		<b>561.20</b>
<b>TOTAL DE GASTOS</b>					<b>S/. 2,698.70</b>



## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Ortego M, López S, Álvarez M- Las actitudes – Ciencias Psicosociales I-Universidad De Cantabria
2. Ubillus S, Mayordomo S, Paez D “ Actitudes Definición y medición – Componentes de la actitud , modelo de la acción razonada y la acción planificada
3. Ortiz M y Ortiz E Psicología de la Salud: Una Clave para Comprender el Fenómeno de la Adherencia Terapéutica. Revista Médica de Chile 2007, 135: 647-652
4. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas [serie en internet]. 2005 [citado 15 de febrero de 2010];1(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S179499982005000200002&lng=es&nrm=iso&tIng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S179499982005000200002&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
5. Martín L. Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29:275-81.
6. Ledón L. El desafío de vivir con enfermedades endocrinas: algunas anotaciones para la atención en salud. Rev Cubana Endocrinol [serie en internet]. 2008 [citado 9 de marzo de 2010]19(2).
7. Ledón L, Chirinos J, Hernández JA, Fabrè B, Mendoza M. El precio de la transformación: reflexiones desde la experiencia de personas viviendo con endocrinopatías. Rev Cubana Endocrinol [serie en internet]. 2004 [citado 9 de enero de 2007];15(3).

8. Anderson RM, Donnelly MB, Davis WK. Influencing the attitudes of medical students towards diabetes: results of a controlled study. *Diabetes Care* 1993; 16:503-5.
9. Anderson RM, Donnelly MB, Gressard CP, Dedrick RF. The development of a diabetes attitude scale for health care professionals. *Diabetes Care* 1989;12:120-7.
10. Tuomilehto, Jaakko, Lindstrom, Jaana, Eriksson, Johan G. the Finnish Diabetes prevention Study Group, Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. *N Engl J Med* 2001 344: 1343-1350
11. OPS (s/f). Las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Todos los sectores de la sociedad pueden ayudar a resolver el problema. Informe temático sobre enfermedades no transmisibles. Disponible en línea. Washington: OPS. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=4430&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=4430&Itemid=270&lang=en). Fecha de visita: 07 abril 2014
12. FID (2013). Atlas de la Federación Internacional de Diabetes. 6 edición. IDF. Bruselas
13. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group (1998). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*,352(9131):837-53.(114)
14. Karter AJ et al. Self-monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care*, 2000, 23:477–483.

15. Shobhana R et al. Patient adherence to diabetes treatment. Journal of the Association of Physicians of India, 1999, 47:1173–1175.
16. Schultz J et al. A comparison of views of individuals with type 2 diabetes mellitus and diabetes educators about barriers to diet and exercise. Journal of Health Communication, 2001, 6:99–115.
17. Searle MS, Ready AE. Survey of exercise and dietary knowledge and behaviour in persons with type II diabetes. Canadian Journal of Public Health, 1991, 82:344–348.
18. Siminerio L. Approaches to Help People With Diabetes Overcome Barriers for Improved Health Outcomes. Diabetes Educator, 2008, 34 (1):18S-24S
19. American Diabetes Association. Third-Party Reimbursement for Diabetes Care- Self Management Education, and Supplies. Diabetes Care, 2008; 31: 95-6.}
20. HD Munera Munera, ME Piedrahita Calderon - 2009 -Evaluación de la baja adherencia a guías médicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paul de Caldas Antioquia primer semestre 2008
21. Anne C Larme y Jacqueline A Pugh. Attitudes of Primary Care Providers Toward Diabetes: Barriers to guideline implementation Diabetes Care September 1998 21:9 1391-1396; doi:10.2337/diacare.21.9.1391
22. Lutfey KE y Wishner WJ. Beyond "compliance" is "adherence". Improving the prospect of diabetes care. Diabetes Care 1999;22:635-639.

23. Cerkoney KA, Hart LK. The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1980;3:594-598
24. Polly RK. Diabetes health beliefs, self-care behaviors and glycemic control among older adults with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Educator* 1992; 18:321-327
25. Anderson RM, Fitzgerald JT, Gorenflo DW, Oh MS. A comparison of the diabetes-related attitudes of health care professionals and patients. *Patient EducCouns* 1993;21:41-50
26. Wolpert H y Anderson B. Management of diabetes: are doctors framing the benefits from the wrong perspective?. *BMJ* 2001;323:994-996
27. Clark NM y Gong M. Management of chronic diseases by practitioners and patients: are we teaching the wrong things?. *BMJ* 2000;320:572-575.
28. Donabedian A. Los espacios para la salud. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Fondo de Cultura Económica: México,1988
29. Aschner P, Aguilar-Salinas C, Aguirre L, Franco L, Gagliardino JJ, de Lapertosa SG, et al (2014). Diabetes in South and Central America: An update. *Diabetes Res Clin Pract*, 103 (2): 238-43. (15)
30. Velásquez A (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las otras prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 26 (2): 222-31. (18)

31. NICE. Guidance on the use of patient-education models for diabetes. Technology appraisal 60. London: National Institute for Clinical Excellence; 2003
32. Hernández Anguera JM y col. La versión española de la diabetes attitude scale (DAS 3 SP): Un instrumento de medición de actitudes y motivaciones en diabetes. *Endocrinología Nutricional* 2002; 49(9): 293-8
33. Salinas M, Núñez G, Quiros A, Garza M en el estudio “Comparación de actitudes hacia la diabetes entre médicos y pacientes diabéticos usuarios del sector privado, seguridad social o servicios de salud del Estado” *Revista de investigación clínica*, ISSN 0034-8376, Vol. 56, Nº. 6 (NOV-DIC), 2004 , págs. 726-736
34. Gagliardino JJ, González C, Caporale JE, Diabetes Education Study Group of Argentina. “The diabetes related attitudes of health care professionals and persons with diabetes in Argentina”. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;22(5):304–7.
35. Mendoza-Rivera R y col “Actitudes y motivaciones del paciente diabético y el personal de salud sobre la diabetes mellitus tipo 2” *Archivos en Medicina Familiar Volumen 11(3) Julio - Septiembre 2009*
36. Silva T, de la Fuente G “ Evaluación de las Motivaciones y Actitudes en Pacientes Diabéticos tipo 1 y 2 mediante Escala DAS-3SP” *Cuad Méd Soc (Chile)* 2005, 45: 250 – 255
37. Rebecca Mathew, Enza Gucciardi, Margaret De Melo and Paula Barata Abstract. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. Mathew et al. *BMC Family Practice* 2012, 13:122

38. Steven M. Haffner, M.D., Seppo Lehto, M.D., Tapani Rönnemaa, M.D., Kalevi Pyörälä, M.D., And Markku Laakso, M.D. Mortality From Coronary Heart Disease In Subjects With Type 2 Diabetes And In Nondiabetic Subjects With And Without Prior Myocardial Infarction . NEJM1998:339:229 – 234
39. Revisiting the links between glycaemia, diabetes and cardiovascular disease. N. Sattar. Diabetologia (2013) 56:686–695 DOI 10.1007/s00125-012-2817-5

## 12. ANEXOS

### Anexo 1 Matriz de consistencia

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	Metodología
¿Existe diferencias en las actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015?	Comparar las actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015	Las actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana - Perú; enero 2015, son diferentes	<u>Del Personal de salud</u> Actitud hacia la diabetes Edad Sexo Perfil ocupacional Área donde labora Frecuencia de atención a pacientes DMII	<b><u>1.Tipo y diseño de Investigación</u></b> Descriptivo Transversal Prospectivo Observacional <b><u>2.Poblacion de estudio</u></b> <b><i>Población 1:</i></b> personal de salud tratante que acude al curso de educadores de diabetes en la ciudad de Lima- Enero 2015 <b><i>Población 2:</i></b> Pacientes que acuden a las sesiones educativas que imparte la asociación de diabetes del Perú <b><u>3.Tamaño de la muestra</u></b> Muestra 1: 178 personales de salud de la ciudad de Lima Muestra 2: 178 pacientes con diabetes mellitus 2
Problema Especifico	Objetivos Específicos	Hipótesis Especificas	<u>De los pacientes con DM2</u> Actitud hacia la diabetes Edad Sexo Grado de Instrucción Tiempo de enfermedad Tipo de tratamiento Complicaciones de la DM II Comorbilidad	
¿Cuáles son las características demográficas del personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015	Describir las características sociodemográficas del personal de salud tratante y pacientes con diabetes mellitus 2 en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015			

<p>¿ Cuáles son las actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus 2 en Lima Metropolitana, Perú, Enero 2015</p>	<p>Determinar las actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus 2 en Lima Metropolitana, Perú, Enero 2015</p>			<p><b><u>4.Selección de la muestra</u></b> Muestreo no probabilístico, por conveniencia</p> <p><b><u>5. Técnica de Recolección de Datos</u></b> Se empleara una ficha de recolección de datos y escala DAS 3sp</p> <p><b><u>6.- Análisis e Interpretación de la Información.</u></b></p>
<p>¿Cuáles son las actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus 2, según las características sociodemográficas en Lima Metropolitana - Perú, Enero 2015?</p>	<p>Describir las actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus 2, según las características sociodemográficas en Lima Metropolitana- Perú, Enero 2015</p>			<p>Análisis descriptivo; para lo cual se elaborará las tablas de salidas con frecuencias relativas y absolutas para las variables de tipo categórica (dicotómico y politómico), y para las variables de tipo numérico y continuo se generaran tablas con medidas de tendencia central (promedio, mediana) y dispersión (desviación estándar y varianza). Posteriormente se realizara el análisis bivariado en el que se comparara el grupo del personal de salud y los pacientes con diabetes tipo 2 se emplearon T de student y el análisis de la varianza (ANOVA)</p>



### DAS 3-sp (Personal de Salud)

**Apellidos y Nombres:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

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

**Postgrado Académico Alcanzado:** Magíster       Doctorado       Especialización

**Tiempo de servicio en el MINSA:** \_\_\_\_\_

**Área donde labora:** Consultorio Externo       Hospitalización       Emergencia       Área administrativa

**En su labor diaria Ud. atiende pacientes diabéticos:**

Muy Frecuentemente       Frecuentemente       A veces       Casi Nunca       Nunca

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

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

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

Generalmente yo creo que ....	Totalment e de acuerdo	De acuerdo	Indiferent e	En desacuerd o	Totalment e en desacuerd o
17.- ...los profesionales de la salud deberían aprender a fijar objetivos en colaboración con sus pacientes, no solo decirles lo que deben de hacer					
18.-... la diabetes es "dura" porque nunca puedes despreocuparte de ella					
19.- ....la persona diabética es el elemento más importante del equipo de cuidado de esta enfermedad					
20.-..... para hacer un buen trabajo los educadores en diabetes deberían aprender bastante sobre lo que significa ser un profesor. Para ser eficaces, los educadores en diabetes han de tener un elevado grado de conocimientos sobre el proceso de la enseñanza y el aprendizaje.					
21.-...la diabetes tipo 2 es una enfermedad muy seria (grave)					
22.- ....el hecho de tener diabetes cambia la perspectiva de vida de la persona					
23.- ...las personas con diabetes tipo 2 probablemente no obtendrán mucho beneficio de un estricto control de sus niveles de azúcar en sangre					
24.-..... las personas diabéticas deberían estar bien informadas sobre su enfermedad para poder ocuparse por sí mismas, de su propio control					

25.-... la diabetes tipo 2 es tan grave como la diabetes tipo 1					
26.- ...un control excesivo (estricto) de la diabetes es demasiado trabajo					
27.-.... lo que el paciente hace tiene más impacto sobre el resultado del cuidado de la diabetes que cualquier cosa que haga un profesional de la salud					
28.- ....un control estricto de azúcar en sangre sólo tiene sentido para los que tienen diabetes del tipo 1					
29.-.... para los diabéticos es frustrante ocuparse de su enfermedad					
30.-... las personas con diabetes tienen el derecho a decidir la rigurosidad con que han de esforzarse para controlar su nivel de azúcar en sangre					
31.-.... las personas que toman pastillas para su diabetes deben de preocuparse por su nivel de azúcar en sangre tanto como aquellas que utilizan insulina					
32.- ...las personas con diabetes tienen el derecho a no cuidarse de su enfermedad					
33.- .....el apoyo de la familia y de los amigos es importante en el tratamiento de la diabetes mellitus					

### DAS 3-sp (Pacientes)

**Apellidos y Nombres:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Grado de Instrucción:** Analfabeto  Primaria  Secundaria  Sup. Técnico   
Sup. Universitaria

**Tiempo de enfermedad** \_\_\_\_\_ **Tipo de tratamiento:** ADO  Insulina   
ADO+Insulina

**¿Sufre Ud. De alguna otra enfermedad a parte de la diabetes? Si**  **No**

**¿De qué enfermedad?**

\_\_\_\_\_

**Se le ha presentado alguna complicación por la diabetes Si**  **No**

**¿Qué complicación?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Generalmente yo creo que ....	Totalment e de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalment e en desacuerdo
1.- ...los profesionales de la salud que atienden a las personas con diabetes deberían estar entrenadas (preparadas) para comunicarse					
2.-...la gente que no necesita insulina para tratar su diabetes tienen una enfermedad menos grave (bastante suave)					
3.- ....no tiene mucho sentido pretender un buen control del nivel de azúcar en sangre porque de todas formas aparecerán complicaciones de la diabetes					
4.-.....la diabetes afecta a casi todos los aspectos de la vida de un diabético					
5.-..... las decisiones importantes del cuidado diario de la diabetes deberían tomarse por la persona que la padece					
6.- ....los profesionales de la salud debieran ser enseñados (entrenados) sobre como el cuidado diario de la diabetes afecta a las vidas de los pacientes					
7.- ....la gente mayor con diabetes tipo 2* no suele tener complicaciones					
8.-..... mantener el nivel de azúcar próximo al nivel normal puede prevenir las complicaciones de la diabetes					
9.-... los profesionales de la salud deberían ayudar a sus pacientes a tomar decisiones razonadas sobre sus planes de salud					
10.- ...es importante(generalmente) que las enfermeras y dietistas que enseñan a los diabéticos aprendan técnicas de educación (comunicación) terapéutica					

11.-.... las personas cuya diabetes es tratada sólo con dieta no deben preocuparse por padecer muchas complicaciones a largo plazo					
12.- ....prácticamente casi todos los diabéticos debieran de hacer lo que fuera para mantener su nivel de azúcar próximo (cercano) a la normalidad					
13.-.... las repercusiones emocionales de la diabetes son bastante leves (no tienen importancia...)					
14.-.... las personas con diabetes deberían tener la última decisión(palabra) sobre sus objetivos de glucosa en sangre					
15.-.... no es necesario el auto-análisis para las personas que tienen diabetes del tipo 2					
16.- ....los problemas derivados de reacciones debidas a niveles bajos de azúcar en sangre (hipoglucemia) hacen que un control estricto sea demasiado arriesgado para la mayoría de los pacientes					

Generalmente yo creo que ....	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
17.- ...los profesionales de la salud deberían aprender a fijar objetivos en colaboración con sus pacientes, no solo decirles lo que deben de hacer					
18.-.... la diabetes es "dura" porque nunca puedes despreocuparte de ella					
19.- ....la persona diabética es el elemento más importante del equipo de cuidado de esta enfermedad					
20.-..... para hacer un buen trabajo los educadores en diabetes deberían aprender bastante sobre lo que significa ser un profesor. Para ser eficaces, los educadores en diabetes han de tener un elevado grado de conocimientos sobre el proceso de la enseñanza y el aprendizaje.					
21.-...la diabetes tipo 2 es una enfermedad muy seria (grave)					
22.- ....el hecho de tener diabetes cambia la perspectiva de vida de la persona					
23.- ....las personas con diabetes tipo 2 probablemente no obtendrán mucho beneficio de un estricto control de sus niveles de azúcar en sangre					
24.-..... las personas diabéticas deberían estar bien informadas sobre su enfermedad para poder ocuparse por sí mismas, de su propio control					
25.-... la diabetes tipo 2 es tan grave como la diabetes tipo 1					
26.- ...un control excesivo (estricto) de la diabetes es demasiado trabajo					
27.-.... lo que el paciente hace tiene más impacto sobre el resultado del cuidado de la diabetes que cualquier cosa que haga un profesional de la salud					
28.- ....un control estricto de azúcar en sangre sólo tiene sentido para los que tienen diabetes del tipo 1					

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