



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN
POBLACIÓN DE RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO
2, CHICLAYO, DICIEMBRE 2016 - MARZO 2017.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES:

BACH. JHONATAN ALEXANDER PORTILLA SUAREZ

BACH. DENNY TINEO TINEO

ASESOR TEMÁTICO:

DR. GUILLERMO CABREJOS SAMPEN

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. NESTOR RODRIGUEZ ALAYO

CHICLAYO- PERÚ

2017



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN
POBLACIÓN DE RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO
2, CHICLAYO, DICIEMBRE 2016 - MARZO 2017.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

Bach. Portilla Suarez Jhonatan.

Autor

Bach. Tineo Tineo Denny.

Autor

Dr. Cabrejos Sampen Guillermo.
Asesor Temático

Dr. Rodriguez Alayo Nestor.
Asesor Metodológico



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN
POBLACIÓN DE RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO
2, CHICLAYO, DICIEMBRE 2016 - MARZO 2017.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR:

Dra. Blanca Falla Aldana.
Presidente

Dr. Juan Vega Grados.
Secretario

Dr. Jorge Montenegro Pérez.
Vocal

Dra. Ingrid Quezada Nepo.
Suplente

DEDICATORIA

A mi madre por su apoyo incesante e incondicional hizo que logre esta meta.

A mi padre por sus sabios consejos me hicieron un hombre de bien.

A mis hermanos que sin su apoyo no lo hubiese logrado.

A Daleska, por ser una bendición y llenar de alegría mis días.

JHONATAN ALEXANDER PORILLA SUAREZ

A mi padre, por todo el apoyo, la motivación y el ejemplo de perseverancia por forjar en mí los buenos valores que harán que juntos logremos cosas importantes.

DENNY TINEO TINEO

AGRADECIMIENTO:

Al Dr. Guillero Cabrejos Sampen, Asesor Temático y Dr. Nestor Rodriguez Alayo, Asesor Metodológico, por su apoyo en el proceso de la investigación.

A los docentes de nuestra alma mater, que han formado parte de nuestra vida profesional mediante conocimientos, consejos y motivación.

A las personas quienes participaron en este estudio y a aquellas que nos ayudaron a realizarlo.

A nuestros amigos y futuros colegas, porque nos hemos acompañado y motivado mutuamente para no desfallecer en nuestros sueños.

Muchas gracias.

INDICE

DEDICATORIA.....	04
AGRADECIMIENTO.....	05
RESUMEN.....	07
ABSTRACT.....	08
I. INTRODUCCIÓN.....	09
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
III. RESULTADOS.....	21
IV. DISCUSIÓN	28
V. CONCLUSIONES.....	33
VI. RECOMENDACIONES.....	35
VII. REFERENCIASBIBLIOGRÁFICAS.....	37
ANEXOS.....	41

**INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN POBLACIÓN DE RIESGO DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2, CHICLAYO, DICIEMBRE 2016 - MARZO 2017.**

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue Identificar precozmente los factores de riesgo de DM2, para mejorar calidad de vida de la población a través de la intervención educativa.

Mediante un diseño no experimental, con tipo de estudio prospectivo, longitudinal, participativo, correlacional en 304 personas residentes en Chiclayo representados en cuatro grupos poblacionales: policías, padres de familia integrantes de APAFA, profesores y comerciantes de mercados; de 76 integrantes por cada grupo poblacional. Se utilizó Test de FINDRISC que evalúa el riesgo de padecer Diabetes Mellitus tipo-2 y la encuesta DQK evalúa los conocimientos y actitudes sobre factores de riesgo de Diabetes Mellitus.

Los resultados indican que, las frecuencias de los niveles de riesgo basal de Diabetes Mellitus tipo 2, según Test de Findrisc. Fueron: bajo 31.5, ligeramente aumentado 27.3%, moderado 22%, alto 14.8% y muy alto 4.4%. El nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 antes de la intervención educativa fue: malo 76.6%, y bueno 23.4%, el cual se mejoró después de la intervención educativa en: bueno 78% y malo 22%. El nivel de actitudes sobre Diabetes Mellitus tipo 2 antes de la intervención educativa fue: favorable 87.5% y desfavorable 12.5, el cual se mejoró al 100% favorable.

La intervención educativa mejoro significativamente ($p < 0.05$) el nivel de conocimientos y actitudes sobre Diabetes Mellitus tipo 2, en la población de riesgo en Chiclayo y periodo de estudio.

Palabras clave: intervención educativa, población de riesgo, Diabetes Mellitus tipo 2

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the early detection of risk factors of DM2, for better quality of life of the population through the educational intervention.

Using a non-experimental design, with a prospective, longitudinal study, participatory, correlational study in 304 persons resident in Chiclayo represented in four population groups: police, parents, family members of APAFA, teachers and merchants of markets; 76 members for each population group. FINDRISC Test was used to assess the risk of Diabetes Mellitus type-2 and the DQK survey evaluates the knowledge and attitudes about risk factors for Diabetes Mellitus.

The results indicate that the frequencies of the basal levels of risk of Diabetes Mellitus type 2, according to Findrisc Test. There were low 31.5, slightly increased 27.3%, 22% Moderate High Very high 14.8% and 4.4%. The level of knowledge on Diabetes Mellitus type 2 before the educational intervention was: 76.6%, and 23.4%, which is improved after the educational intervention in 78%: good and bad 22%. The level of attitudes on Diabetes Mellitus type 2 before the educational intervention was 87.5%: favorable and unfavorable 12.5, which was improved to 100%.

The educational intervention improved significantly ($p < 0.05$) the level of knowledge and attitudes about Diabetes Mellitus Type 2, in the at-risk population in Chiclayo and study period.

Keywords: educational intervention, risk population, Diabetes Mellitus type 2

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. ^{1,2}

Se estima que existen actualmente 285 millones de personas afectadas en el mundo, cifra que aumentara en los próximos años, estimando 438 millones en el año 2030. y en Latinoamérica alrededor de 15 millones de personas con DM, y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional. ^{3,4}

En nuestro país, se realizó el estudio PERUDIAB, representativo de la población peruana de 25 o más años, residentes en las zonas urbanas/suburbanas, para determinar la prevalencia nacional de diabetes mellitus tipo 2. Siendo la prevalencia en el país 7%, en la costa 2%, en la sierra (4.5%), en la selva (3.5%)¹⁵, en Lima 8.4%, Chiclayo 6,9%, y para el resto de la costa 7.8%.

Este comportamiento epidémico probablemente se debe a la raza, cambio en los hábitos de vida y el envejecimiento de la población. Estudios en comunidades nativas latinoamericanas han demostrado una latente pero alta propensión al desarrollo de diabetes y otros problemas relacionados con resistencia a la insulina, que se hace evidente con el cambio en los hábitos de vida, lo cual está ocurriendo en forma progresiva. ⁸

Las condiciones que determinan la aparición de la DM2 y sus comorbilidades están presentes desde el nacimiento. Con algunas diferencias, estudios de representación nacional según PERUDIAB muestran que aproximadamente dos décadas tres adultos peruanos tuvieron exceso de peso (sobrepeso u obesidad). La hiperglucemia en ayunas tiene una prevalencia de 23.5%. Según este mismo estudio, a menor grado de instrucción existe una mayor prevalencia de DM2 (18.8 % en personas sin grado de instrucción versus 6.4% en personas con grado de instrucción superior). Un alto porcentaje de los pacientes afectados de DM2 tiene al menos una condición reconocida como un factor de riesgo cardiovascular (86.7%).¹⁵

La diabetes y sus complicaciones constituyen las principales causas de discapacidad y muerte prematura en muchos países, siendo la enfermedad cardiovascular (accidente cerebro vascular, infarto de miocardio, y enfermedad vascular periférica), la mayor de ellas, con cerca del 50% de muertes. En nuestro medio, las infecciones aun constituyen una causa importante de muerte, en pacientes diabéticos hospitalizados. La prevalencia de retinopatía oscila entre 16 y 21%, la de nefropatía entre 12 y 23% y la de neuropatía entre 25 y 40%.⁹

Además, la DM2 es uno de los factores de riesgo que más frecuentemente conducen a enfermedad cardiovascular. Se calcula que el 70% al 80% de los diabéticos fallecerán por esta causa. Su diagnóstico precoz, así como el de otros factores comúnmente asociados, como la obesidad y la hipertensión arterial, constituye un requisito imprescindible para un tratamiento eficaz en la prevención de la mortalidad por causa cardiovascular.⁵

Los estudios económicos han demostrado que el mayor gasto de atención a la persona con diabetes se debe a las hospitalizaciones y que ese gasto se duplica cuando el paciente tiene una complicación micro o macrovascular y es cinco veces más alta cuando tiene ambas. La mayoría de las causas de hospitalización del diabético se pueden prevenir con una buena educación y un adecuado programa de reconocimiento temprano de las complicaciones.

Prevenirla implica un manejo integral de todos los factores de riesgo tales como la hiperglucemia, la dislipidemia, la hipertensión arterial, el hábito de fumar, etcétera. Todos estos factores, excepto el hábito de fumar, son más frecuentes en los diabéticos y su impacto sobre la enfermedad cardiovascular también es mayor de 24 años el sobrepeso afecta al 42.8% de varones y al 39.6% de mujeres.²

La diabetes ocupa el primer lugar como causa de ceguera, amputaciones no traumáticas de miembros inferiores e insuficiencia renal crónica terminal. En el Perú, la retinopatía afecta al 23.1% de los diabéticos¹⁴. La retinopatía diabética es la causa más frecuente de ceguera entre adultos de 20 a 74 años. Del 20 al 40 % de personas con DM2 presenta algún grado de nefropatía¹⁵. El diabético tiene dos a 6 veces más posibilidades de desarrollar enfermedad cardiovascular que las personas sin diabetes.

La presente investigación se origina debido a que la DM2 está considerada a nivel nacional e internacional como un problema de salud pública por la aparición de

numerosos casos en la población. En tal sentido, identificando precozmente los factores de riesgo con la encuesta FINDRISC, ayudarían a disminuir la incidencia, prevalencia y sus complicaciones para una mejor calidad de vida de la población. Debido que ella predice la aparición de DM2 en 10 años, por medio de la utilización de variables clínicas no invasoras.

Una estrategia para ayudar a identificar precozmente los factores de riesgo, lo constituye la educación en salud a través de la intervención educativa, que es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del paciente y/o poblador. La intervención educativa tiene carácter teleológico: existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente. La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, ya sean estos formales, no formales o informales. La intervención educativa exige respetar la condición de agente en el educando. La acción del educador debe dar lugar a una acción del educando (que no tiene que ser intencionalmente educativa) y no sólo a un acontecimiento (cambios de estado que acaecen a un sujeto en una ocasión), tal como corresponde al análisis de procesos formales, no formales e informales de intervención¹¹

Estos fundamentos teóricos han sido y vienen siendo utilizados en salud pública como una estrategia para reforzar la promoción y prevención de las enfermedades metaxénicas emergentes, reemergentes y no transmisibles según recomendaciones de la OMS.

En consecuencia, la educación a través de la intervención educativa, juega un rol fundamental teniendo como expectativa que un mayor conocimiento conduzca a la toma de acciones de control individual y colectivamente. En tal sentido se han identificado el riesgo experiencias con la comunidad, sustentadas en técnicas educativas sobre la enfermedad y el vector, tratando de generar cambios en la actitud y práctica de la población¹².

Un aspecto importante en este trabajo es evaluar el impacto de la intervención educativa de DM2 (desarrollo de un programa de actividades contenidas en el rotafolios, trípticos y sesiones educativas teórico prácticas) en las familias y hogares

de los participantes, a través del uso de varios instrumentos sobre conocimientos, actitudes y prácticas reportadas de la DM2.

A continuación se describen resultados de diversos autores, de la aplicación del cuestionario FINDRISC y del grado de conocimiento sobre Diabetes Mellitus en diferentes Grupos Poblacionales.

Salinero, M. (España, 2010) en su trabajo de investigación: *“Riesgo basal de Diabetes Mellitus en Atención Primaria según cuestionario FINDRISC, factores asociados y evolución clínica tras 18 meses de seguimiento*. Concluye que uno de cada 5 pacientes no diabéticos que consultan en Atención Primaria, tienen un FINDRISC ≥ 15 , asociándose este a bajo nivel educativo y a patología vascular periférica, con independencia del sexo. El FINDRISC ≥ 15 se asocia, a corto plazo, con un elevado riesgo de desarrollar DM2.

Rodríguez M, Puchulu F. (Argentina 2012) Realizaron un trabajo de investigación: “Conocimiento y actitudes hacia la diabetes mellitus en la Argentina”; donde concluyen: que el 30.5% de los encuestados sin diabetes mellitus presentaba riesgo de desarrollar la enfermedad.. El 98% había escuchado alguna vez sobre diabetes y el 67% la refirió como una enfermedad grave o muy grave.

Alves D, Campos M, Lima A. (Brasil, 2012) en su trabajo de investigación: “Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus”. Donde se concluyó que fue posible elevar los conocimientos sobre la enfermedad por medio de realización de actividades educativas.

Velázquez L. (México, 2014) en su trabajo de investigación: *“Riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2, en trabajadores adscritos a Medicina Familiar”*. Concluyeron que los trabajadores de las unidades de medicina familiar, los principales factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus 2 son modificables (falta de actividad física con un 92.1%, diaria y la circunferencia de cintura elevada con un 77.2%).

Paredes N, Alejandría M, López J, López A. (Venezuela, 2014) en su trabajo de investigación: “Aplicación del test Findrisk para cálculo del riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2”. Donde concluyeron que 10,89% y 0,99% presentaron riesgo alto y muy alto respectivamente lo que predominó en el estrato IV por lo que los individuos con

riesgo moderado, alto y muy alto según el test FINDRISK deben implementar medidas orientadas al cambio del estilo de vida, con dieta sana y ejercicio físico frecuente, a fin de retrasar la aparición de DM2.

López M, Narváez O. (Nicaragua, 2015) en su un trabajo de investigación: *“Conocimientos y actitudes de diabetes mellitus en usuarios de dispensarizados del centro de salud y policlínico* Concluyen que: con respecto a los conocimientos básicos, sobre el control glicémico y de la prevención y complicaciones acerca de Diabetes Mellitus la mitad de la población logró aprobar con buenos conocimientos y todos tuvieron una actitud favorable.

López E, Ortiz A y López M. (México, 2015) Realizaron un trabajo de investigación titulado: *“Intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes y baja o nula escolaridad”*. La intervención mostró cambios significativos en los niveles de conocimientos sobre información básica, el control y las complicaciones. Asimismo, en el promedio de conocimientos en general. La hemoglobina glucosilada no mostró diferencias estadísticamente significativas.

Flores E. Marin C. (Perú, 2013) Realizaron un trabajo de investigación titulado: *“Factores De Riesgo Para Diabetes Mellitus Tipo II en Adultos del Sector "Atumpampa" -Tarapoto 2012”* donde se reportó que según el Test de Findrisc el nivel de riesgo de los adultos para contraer diabetes mellitus tipo II reportó 59,7% riesgo muy alto, y 33,6 % nivel de riesgo alto. El Factor de riesgo de mayor prevalencia para contraer Diabetes Mellitus Tipo II con 89.6% fue el factor: No realiza actividades físicas.

Aguirre K. (Peru 2016) Realizo un trabajo de investigación titulado: *“Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus 2 en pacientes con sobrepeso y obesidad hospitalizados en los servicios de cirugía, medicina y ginecología en el hospital iii goyeneche en enero y febrero de 2016”* donde concluyo que El nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus 2 es inadecuado en la mayoría de pacientes hospitalizados con sobrepeso y obesidad. Se encontró relación estadística entre un mayor grado de estudios académicos y una mejor fuente de conocimientos con un mayor nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus 2.

El presente estudio se realiza debido al incremento en la prevalencia e incidencia de casos de diabetes mellitus en el mundo, el país y la región Lambayeque. La identificación temprana de los factores de riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2, en la comunidad, permitirá conocer los grupos de personas con riesgo de desarrollar esta enfermedad y de esta manera orientar a la mejora de sus conocimientos.

En consecuencia los resultados permitirán sugerir a las instituciones de salud, replicar esta estrategia a través de proyectos de mejora con programas de educación continua en los cuales se aborde este tema, favoreciendo al paciente un cuidado holístico y humano. Siendo la prevención, una de las tareas principales de todo el personal médico.

En tal sentido se propuso el enunciado del siguiente problema.

¿En qué medida una intervención educativa influye en el mejoramiento de conocimientos y actitudes de Diabetes Mellitus tipo 2 en población de riesgo de Chiclayo, Diciembre 2016 - Marzo 2017?

Proponiendo lograr los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Mejorar el nivel de conocimiento y actitudes sobre Diabetes Mellitus tipo 2, a través de una intervención educativa en la población de riesgo según Test de Findrisc, en Chiclayo, Diciembre 2016 - Marzo 2017.

Objetivos específicos:

- a) Obtener las frecuencias de los niveles de riesgo basal de Diabetes Mellitus tipo 2, según Test de Findrisc.
- b) Determinar el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 antes y después de la intervención educativa.
- c) Determinar el nivel de actitudes antes y de después de la intervención educativa.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

II. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño y Tipo de estudio.

Diseño cuasi experimental, con tipo de estudio prospectivo, longitudinal, participativo, correlacional.

2. Población y muestra.

Nuestra población estuvo constituida por 304 personas residentes en Chiclayo representados en cuatro grupos poblacionales: policías, padres de familia integrantes de APAFA, profesores y comerciantes de mercados; en número de 76 integrantes por cada grupo poblacional;. Determinamos el tamaño muestral con la fórmula para población conocida que es la siguiente:

$$n = \frac{N Z^2 p.q}{d^2(N-1) + Z^2 p.q}$$

Donde:

n= Tamaño de La muestra

N= Población (grupo poblacional)

z² = Valor de Z para intervalo de confianza o certeza para una certeza o confianza del 95 %, Z= 1.96

p= Proporción de impacto de intervención educativa 80% = 0.80 (21)

q= (1- p): 1- 0.80 = 0.2

d2 = 5 % = 0.05

Reemplazando en la Formula:

$$n = \frac{N Z^2 p.q}{d^2(N-1) + Z^2 p.q}$$

$$n = \frac{200 (1.96)^2 (0.8) (0.2)}{(0.05)^2 (200 -1) + (1.96)^2 (0.8) (0.2)}$$

$$n = \frac{123}{1.61}$$

n = 76 personas

Distribución de los Grupos Poblacionales

GRUPOS POBLACIONALES DE ESTUDIO			N	n
Policía	Nacional	del Perú	200	76
Profesores			200	76
Padres de Familia	de	APAFA	200	76
Comerciantes		de Mercados	200	76
TOTAL			800	304

Los integrantes de cada grupo poblacional fueron seleccionados en base a los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Personas adultas mayores de 18 años de edad,
- Según el Test de Findrisc presentaron algún Nivel de riesgo para Diabetes Mellitus Tipo 2,
- Que no padezcan algún tipo de Diabetes Mellitus,
- Que hayan firmado el consentimiento informado y que participaron de la jornada educativa.

Criterios de exclusión:

- Adultos que padezcan diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2 o
- Que según el test de Findrisc no presentaron ningún nivel de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2,
- Que no respondieron a las preguntas asociadas a las principales variables o las respondieron con datos falsos.

3. Material, instrumento y técnica de recolección de datos.

3.1. Material.

- Material audiovisual
- Trípticos.
- Rotafolios

3.2. Instrumentos.

Se utilizó una ficha de recolección de datos constituida por el cuestionario: Test de FINDRISC que evalúa el riesgo de padecer Diabetes Mellitus tipo-2, la encuesta DQK que evalúa los conocimientos sobre DM2 y una encuesta tipo Likert que evalúa las actitudes sobre factores de riesgo de Diabetes Mellitus (anexos 1 y 2).

3.3. Técnica de recolección de datos.

- a) Se solicitó la autorización mediante el consentimiento informado a los participantes (personas voluntarias) en los diferentes grupos de estudio y
- b) Se les explico la importancia de la investigación, se recogieron los datos correspondientes a las variables en estudio en la ficha de recolección de datos, así hasta completar el tamaño muestral, viéndose que se cumplan los criterios de inclusión y exclusión,
- c) Se brindaron las charlas educativas con ayuda de material audiovisual y trípticos., acomodándose al contexto según el grupo poblacional, y
- d) Se calificaron en base a las siguientes tablas:

Riesgo Basal de Desarrollar Diabetes	Puntaje
Riesgo bajo	<7 (Se estima que 1 de cada 100 personas desarrollará la enfermedad)
Riesgo ligeramente aumentado	7-11 (Se estima que 1 de c/25 personas desarrollará la enfermedad)
Riesgo moderado	12-14 (Se estima que 1 de C/6 personas desarrollará la enfermedad.)
Riesgo alto	15-20 (Se estima que 1 de c/3 personas desarrollará la enfermedad.)
Riesgo muy alto	>20 (Se estima que 1 de c/2 personas desarrollará la en enfermedad.)

NIVEL DE CONOCIMIENTOS

NIVEL	PUNTAJE
Malo	<15
Bueno	15 - 23

ACTITUDES

NIVEL	PUNTAJE
Favorable	15 -30
Desfavorable	<15

- e) Nuevamente; se aplicó la ficha de recolección de datos de conocimientos y actitudes;
- f) se trasladó la información a un software Microsoft Excel 2013 con la finalidad de elaborar la base de datos.

4. Análisis Estadístico.

El registro de datos fue procesado utilizando el paquete estadístico SPSS 23 los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia. Se obtendrán datos de distribución de frecuencias de las variables cualitativas. Se aplicará la prueba de comparación de frecuencias entre los grupos poblacionales; con un nivel de $p < 0.05$ como significativo.

5. Aspectos éticos.

Es un estudio con participación voluntaria, y se requiere consentimiento informado escrito. Se mantendrá la plena confidencialidad sobre los datos de investigación. Se realizó en concordancia a la declaración de Helsinki y al reporte de Belmont, así mismo se cumplió las normas de Buenas Prácticas y la Ley General de Salud, al respetar la anonimidad del sujeto en estudio. Se otorga un código que defina su identidad, la cual fue conocida sólo por los investigadores, y se limitará el acceso a los datos, además se respeta la veracidad de la información.

III. RESULTADOS

III. RESULTADOS

CUADRO 01. NIVELES DE RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2,
DE POBLACION EN ESTUDIO, SEGÚN EDAD

NIVEL DE RIESGO	EDAD (años)			Total	%
	18-30	31-50	>50		
BAJO	26	64	6	96	31.5
LIGERAMENTE AUMENTADO	12	62	9	83	27.3
MODERADO	6	38	23	67	22.0
ALTO	0	23	22	45	14.8
MUY ALTO	0	9	4	13	4.4
Total	44	196	64	304	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

CUADRO 02. NIVELES DE RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2,
EN LA POBLACION DE ESTUDIO, SEGÚN SEXO.

NIVEL DE RIESGO	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
BAJO	54	37.7	42	31.7
LIGERAMENTE AUMENTADO	45	28.3	38	26.2
MODERADO	29	18.2	38	26.2
ALTO	23	14.5	22	15.2
MUY ALTO	8	1.3	5	0.7
TOTAL	159	100.0	145	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

CUADRO 03.NIVELES DE CONOCIMIENTOS EN LA GENERAL
ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUES	
	n	%	N	%
Malo	221	76.6	67	22.0
Bueno	71	23.4	237	78.0
Total	304	100.0	304	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

CUADRO 04. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS
SEGÚN DIMENSIONES ANTES Y DESPUES DE LA
INTERVENCION EDUCATIVA.

DIMENSION	NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUES	
		N	%	n	%
CONOCIMIENTOS BASICOS	MALO	129	42.4	8	2.6
	Bueno	175	57.6	296	97.4
CONTROL GLUCEMICO	MALO	209	68.8	57	18.8
	BUENO	95	31.3	247	81.3
PREVENCION DE COMPLICACIONES	MALO	119	39.1	15	4.9
	BUENO	185	60.9	289	95.1

Fuente: Ficha de recolección de datos

**CUADRO 05. NIVEL DE CONOCIMIENTO POR GRUPO DE ESTUDIO
ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

NIVEL DE CONOCIMIENTO		GRUPO DE ESTUDIO			
		Policías	Comerciantes	Padres de Familia	Docentes
ANTES	Malo	63.2	76.4	71.1	57.9
	Bueno	36.8	23.6	28.9	42.1
DESPUES	Malo	38.20	15.8	17.1	17.10
	Bueno	61.80	84.2	82.9	82.90

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**CUADRO 06: PROMEDIO DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN TODOS LOS GRUPOS DE ESTUDIO**

PREGUNTA	ANTES						DESPUES					
	No Sabe		No		Si		No Sabe		No		Si	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
1	21	6.9	9	2.9	274	90.2	3	1	0	0	301	99
2	105	34.5	31	10.2	168	55.3	20	6.5	35	11.5	249	82
3	154	50.6	57	18.8	93	30.6	51	16.8	184	60.5	69	22.7
4	173	56.9	60	19.7	71	23.4	67	22	199	65.5	38	12.5
5	43	14.1	58	19.1	203	66.8	11	3.7	19	6.2	274	90.1
6	55	18.1	121	39.8	128	42.1	25	8.2	142	46.7	137	45.1
7	101	33.2	13	4.3	190	62.5	25	8.3	12	3.9	267	87.8
8	134	44.1	42	13.8	128	42.1	79	26	104	34.2	121	39.8
9	24	7.9	18	5.9	262	86.2	7	2.3	8	2.3	289	94.9
10	21	6.9	34	11.2	249	81.9	3	0.9	48	15.7	253	83.2
11	124	40.8	9	2.9	171	56.3	35	11.5	16	5.2	253	83.3
12	148	48.7	126	41.4	30	9.9	62	20.4	225	74	17	5.6
13	54	17.8	204	67.1	46	15.1	12	3.9	250	82.3	42	13.8
14	146	48	39	12.8	119	39.2	48	15.8	172	56.5	84	27.7
15	132	43.4	56	18.4	116	38.2	43	14.1	121	39.8	140	46.1
16	128	42.1	5	1.6	171	56.3	34	11.2	14	4.6	256	84.2
17	22	7.2	15	4.9	267	87.9	8	2.6	6	2	290	95.4
18	14	4.6	3	1	287	94.4	12	3.9	2	0.7	290	95.4
19	104	34.2	21	6.9	179	58.9	48	15.8	80	26.3	176	57.9
20	115	37.8	15	4.9	174	57.2	32	10.5	29	9.6	243	79.9
21	169	55.6	22	7.2	113	37.2	52	17.1	30	9.9	222	73
22	122	40.1	154	50.6	28	9.3	65	21.4	209	68.8	30	9.9

Fuente: Ficha de recolección de datos

**CUADRO 07. ACTITUDES ANTE LOS FACTORES DE RIESGO DELA DM2
EN LA POBLACION GENERAL, ANTES Y DESPUES DE LA
INTERVENCION EDUCATIVA.**

NIVEL DE ACTITUD GENERAL	ANTES		DESPUES	
	n	%	n	%
Favorable	266	87.5	304	100.0
Desfavorable	38	12.5	0	0.0
Total	304	100.0%	304	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**CUADRO 08. NIVEL DE ACTITUDES POR GRUPOS DE ESTUDIO ANTES Y
DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA.**

NIVEL DE ACTITUD POR GRUPO DE ESTUDIO		ANTES		DESPUES	
		n	%	n	%
Policía	Desfavorable	0	0.0	0	0.0
	Favorable	76	100.0	76	100.0%
Docente	Desfavorable	12	15.8	0	0.0%
	Favorable	64	84.2	76	100.0%
Comerciante	Desfavorable	15	19.7	0	0.0%
	Favorable	61	80.3	76	100.0%
Padres Familia	Desfavorable	11	14.5	0	0.0%
	Favorable	65	85.5	76	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**CUADRO 09: CALIFICATIVO GENERAL DE LAS ACTITUDES
SOBRE DIABETES MELLITUS POR PREGUNTA.**

ACTITUDES		ANTES		DESPUES	
		Desacuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	De acuerdo
		%	%	%	%
1	Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a bajar de peso	0.7	99	1.6	98.4
2	Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a mejorar mi dieta	0.3	98.7	0	99.3
3	Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a hacer más ejercicio físico	0	94.4	0	97.7
4	No tengo tiempo para hacer ejercicio	51.3	21.4	70.4	7.6
5	Es difícil consumir comidas saludables	47	30.6	63.1	16.1
6	Quisiera saber más acerca de cómo estar más saludable sin necesidad de tomar medicamentos	1.6	95.2	1.6	96.4
7	Me gustaría realizarme una evaluación anual de salud	2	95.4	0.3	97.7
8	Cuesta mucho mantenerse en forma	30.9	49.3	41.4	25
9	Si estuviera con sobrepeso o enfermo, estaría interesado en participar en un grupo de autoayuda	2.3	93.4	0.7	99.3
10	Recibo atención de buena calidad en los servicios de salud.	49.7	26	34.5	37.2

Fuente: Ficha de recolección de datos.

IV. DISCUSIÓN

IV.- DISCUSIÓN

La presente investigación se origina debido a que la DM2 está considerada como un problema de salud pública por su rápido incremento en la población. Identificando precozmente los factores de riesgo con la encuesta FINDRISC, ayudarían a disminuir la incidencia, prevalencia y sus complicaciones para una mejor calidad de vida de la población. Debido que ella predice la aparición de DM2 en 10 años, Constituyendo la educación en salud una ayuda a través de la intervención educativa, que es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del paciente y/o poblador y de esta manera identificar precozmente el riesgo de tener DM2.

En tal sentido, a continuación se presente el análisis e interpretación de los resultados en coherencia con los objetivos de la investigación.

NIVELES DE RIESGO (edad, sexo)

Respecto al nivel de riesgo de la población en general que incluye a los cuatro grupos poblacionales de estudio: policías, padres de familia de la APAFA, comerciantes y docentes, encontramos que el nivel de riesgo más frecuente fue el bajo con 31.5%, y el menos frecuente fue el muy alto con 4.4%.

Referente a la edad, encontramos que el grupo etario con mayor frecuencia de riesgo alto y muy alto fue el de 31 a 50 años con 7.6% y 3% de la población general respectivamente. Al respecto, **Paredes N, Alejandría M, López J, López A. (Venezuela, 2014)** encuentra un grupo etario, mayores de 64 años donde se obtuvo que 27,27% y 4,55% presentaron RA y RMA respectivamente.

En relación al sexo, tanto mujeres como varones predominó el riesgo bajo 37.7% y 31.7 respectivamente. Con respecto al riesgo moderado en varones fue 18.2% y en mujeres 26.2%. En cuanto al alto riesgo en varones fue 14.5% y en mujeres 15.2%. Por último en riesgo muy alto se obtuvo 1.3% para varones y 0.3% para mujeres. **Paredes N, Alejandría M, López J, López A. (Venezuela, 2014)**, encontró que 15,8% se ubicó en la escala de riesgo moderado (RM). 10,8% y 0,99% presentaron riesgo alto (RA) y riesgo muy alto (RMA) respectivamente, los cuales fueron distribuidos proporcionalmente entre ambos sexos.

Salinero, M. (España, 2010) reporta que el 19,5% presentaron un FINDRISC ≥ 15 (riesgo alto y muy alto).

Al comparar con nosotros encontramos un FINDRISC ≥ 15 en 19.2% de la población de estudio.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS BÁSICOS

General

Nosotros encontramos que antes de la intervención educativa el porcentaje de encuestados tenía un nivel de conocimientos bueno en 23.4% y al final de la intervención fue de 78%. Así mismo **López E, Ortiz A y López M.** (México, 2015). La intervención mostró diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimientos en el 70.8% de los ítems. Este resultado condujo al incremento de respuestas correctas 11.5, a 21.9 ($p = 0.0000$).

Por Dimensiones

Conocimientos Básicos sobre Diabetes Mellitus:

Nosotros encontramos que en la sección de conocimientos básico hubo mayor influencia en el nivel bueno que se incrementó de 57,6%, a 97.4%, después de la intervención educativa. Esto sería explicado porque se respondió con mayor acierto las preguntas correspondientes a: La diabetes es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo y los riñones producen insulina; ya que son las dos preguntas que se incrementan más significativamente después de la intervención educativa.

Control Glicémico:

De igual manera el nivel de conocimientos bueno tuvo mayor impacto incrementándose de 31.3% a 81.3%. La respuesta individual que explican este incremento sería la pregunta: El ejercicio produce mayor necesidad de insulina o medicamentos; ya que es la pregunta que se incrementan más significativamente después de la intervención educativa.

Prevención y Complicaciones:

Así mismo también el nivel bueno tuvo el mayor impacto de incremento porcentual de 60.9% a 95.1% después de la intervención educativa. Esto sería explicado porque se respondió con mayor acierto las preguntas correspondientes a: Diabetes mellitus causa problemas de circulación sanguínea y Diabetes mellitus produce alteraciones en las sensaciones percepción sensitiva; ya que son las dos preguntas que se incrementan más significativamente después de la intervención educativa.

Evaluando las dimensiones en general encontramos que la dimensión con menor conocimiento en la población general antes de la intervención educativa fue la de control glicémico con 31.3% y la dimensión donde se obtuvo mayor porcentaje en fue prevención de complicaciones con 60.9%. Sin embargo, luego de la intervención educativa observamos que las 3 dimensiones aumentan significativamente, como ya se describió anteriormente.

Por Grupos Poblacionales

El grupo poblacional que tuvo mejor calificativo antes de la intervención educativa fue los docentes con 42.1% de respuestas buenas y se mejoró después de la intervención educativa a 82.9%. Cuando se compara el grupo de más bajo puntaje de nivel bueno que fueron los comerciantes con 23.6%, estos incrementaron significativamente a 84.2%. Estas diferencias se deberían a que los comerciantes recibieron la intervención educativa en grupos pequeños explicada por su característica laboral que imposibilitó reunión en grupos mayores.

Así mismo, se observa también que el grupo poblacional que tuvo más bajo calificativo en el nivel bueno fueron los policías ya que solo aprovecharon un incremento de 25% a diferencia del 60% de los comerciantes.

NIVEL DE ACTITUDES.

General

La actitud de las personas hacia la DM2 antes de la intervención educativa tuvieron un calificativo de favorable de 87.5%, el cual se incrementó después de la intervención al 100%, indicando que hubo un cambio de actitud significativo en los 38 pobladores que tuvieron antes actitud desfavorable.

Por Grupos Poblacionales

Cuando se evalúa las actitudes según grupos de estudio, se observa en el cuadro 08 que los grupos poblacionales de docentes, comerciantes y padres de familia son los que poseen un porcentaje de calificativo desfavorable de la calificación general, que son 15.8%, 19.7%, 14.5% respectivamente.

V. CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES

Producto del análisis e interpretación de los resultados, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La intervención educativa mejoro significativamente ($p<0.05$) el nivel de conocimientos y actitudes sobre Diabetes Mellitus tipo 2, en la población de riesgo en Chiclayo, Diciembre 2016 - Marzo 2017.
2. Las frecuencias de los niveles de riesgo basal de Diabetes Mellitus tipo 2, según Test de Findrisc. Fueron: bajo 31.5, ligeramente aumentado 27.3%, moderado 22%, alto 14.8% y muy alto 4.4%.
3. El nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 antes de la intervención educativa fue: malo 76.6%, y bueno 23.4%, el cual se mejoró después de la intervención educativa en: bueno 78% y malo 22%.
4. El nivel de actitudes sobre Diabetes Mellitus tipo 2 antes de la intervención educativa fue: favorable 87.5% y desfavorable 12.5, el cual se mejoró al 100% favorable.

VI. RECOMENDACIONES

VI. RECOMENDACIONES

- ❖ A las personas con riesgo bajo y ligeramente aumentado, se les debe instruir sobre la importancia de estilos de vida saludable y realizar nueva tamización.
- ❖ Se debe realizar una prueba diagnóstica de la diabetes mellitus a todas las personas que en el test de FINDRISC, resulten con riesgo desde moderado hasta muy alto.
- ❖ En todos los casos debe hacerse educación sobre estilos de vida saludable, enfatizando en el control de los factores de riesgo para DM que se identifiquen con la escala FINDRISC.
- ❖ La proporción de pacientes en riesgo de desarrollar Diabetes mellitus tipo 2 encontrada en nuestro estudio hace que se sugiera a los profesionales de salud, de que es posible utilizar sencillos cuestionarios como el Findrisc para identificar ésta población y brindarles intervenciones educativas integrales sobre Diabetes Mellitus que incluyan aspectos nutricionales, psicológicos, médicos, farmacológicos y tener estrategias culturalmente competentes

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Kasper D, Hauser S, Jameson J, Fauci A, Longo D, Loscalzo J.** HARRISON S PRINCIPLES INTERNAL MEDICINE. 19th Edition. McGraw-Hill Editors. 2015. Vol. 2. Chap. 417. Pag. 2399-2407.
2. **Farreras P, Rozman C.** MEDICINA INTERNA. 18va Edición. ELSEVIER Editorial. 2016. Vol. 2. Cap. 223. Pag. 1824-1833.
3. **Melmed S, Polonsky K, Reed P, Kronenberg H.** Williams textbook of Endocrinology. 13th Edition. ELSEVIER Editors. 2016. Chap. 31. Pág. 1385-1450
4. **Gardner D, Shoback D.** Greenspan. Endocrinología básica y clínica. McGraw-Hill Editors. 2012. Cap. 17. Pag. 587-599.
5. **Soriguer, F.** Validación del FINDRISC (FINnish Diabetes RiskScore) para la predicción del riesgo de diabetes tipo 2 en una población del sur de España. Estudio Pizarra. 2011. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-findrisc-finnish-diabetes-risk-score-prediccion-90119501>
6. **Rosado J.** Prevalencia de diabetes en una población adulta de Madrid (España). Estudio MADRIC (MADridRiesgo Cardiovascular). 2011. http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0213-91112012000300010&script=sci_arttext
7. **Salinero, M.** Riesgo basal de Diabetes Mellitus en Atención Primaria según cuestionario FINDRISC, factores asociados y evolución clínica tras 18 meses de seguimiento. 2010.
8. **Atlas de la Federación Internacional de Diabetes.** Sexta edición, Bruselas, Belgica, 2013
9. **OMS.** Datos y cifras de diabetes. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/>
10. **Standards of Medical Care in Diabetes** – 2016, American Diabetes Association, Diabetes Care.

11. **Ramos W, López T, Revilla L, More L, Huamaní M, Pozo M.** Resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus en hospitales notificantes del Perú, 2012. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2014;31:9--15.8
12. **International Diabetes Federation.** The IDF Diabetes Atlas. 6th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2014. Update
13. **Flores E. Marin C.** "Factores De Riesgo Para Diabetes Mellitus Tipo II en Adultos del Sector "Atumpampa" -Tarapoto 2012" (Perú, 2013)
14. **Vicente B, Bonilla J, Vicente E, Costa M, Zerquera G.** Percepción de riesgo de desarrollar diabetes mellitus en personas no diabéticas. 2016. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v6n2/rf02206.pdf>
15. **Blanesa J, Claráa A, Lozanoa F, Alcaláb D, Doiza E, Merinoa R, González J, Barberánd J, Zaragoza R y García J.** Documento de consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie del diabético. 2012;64(1):31-59. Citado en <http://www.elsevier.es/es-revista-angiologia-294-articulo-documento-consenso-sobre-el-tratamiento-S0003317011001556>.
16. **Seclén S. et al.** Estudio Peruano de Diabetes, Obesidad, Hipertensión Arterial e Insuficiencia renal: PERUDIab. Lima-Perú. 2014.
17. **Villena JE, Yoshiyama CA, Sánchez JE, Hilario NL, Merin LM.** Prevalence of diabetic retinopathy in Peruvian patients with type 2 diabetes: results of a hospital-based retinal tele screening program. Rev. Panam. Salud. Publica. 2011;30(5):408–14.
18. **Standards of Medical Care in Diabetes** – 2014. Diabetes Care vol. 37, supplement 1, S14-S80.
19. **Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI).** Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas. 2010.

20. **Díaz A, Del Toro M, Zabaleta M.** Modelo integral para un programa de intervención educativa en salud: diabetes mellitus tipo II. CSV: Vol. 5 No.1 Año 2013.
21. **Rodríguez M, Puchulu F.** Conocimiento y actitudes hacia la diabetes mellitus en la Argentina. Revista MEDICINA (Buenos Aires) 2015; 75: 353-366.
22. **Alves D, Campos M, Lima A.** Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. Rev. Latino- Am. Enfermademaio-jun. 2012;20(3).
23. **Simmons RK, Rahman M, Jakes RW, Yuyun MF, Niggebrugge a R, Hennings SH, et al.** Effect of population screening for type 2 diabetes on mortality: Long-term follow-up of the Ely cohort. Diabetologia. 2011; 54(2): 312–9.
24. **López E, Ortiz A y López M.** Intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes y baja o nula escolaridad. Inv. Ed. Med. 2016;**5(17)**:11---16.
25. **Aguirre K.** Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus 2 en pacientes con sobrepeso y obesidad hospitalizados en los servicios de cirugía, medicina y ginecología en el hospital III Goyeneche en enero y febrero de 2016. Peru 2016.
26. **Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.** Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2012.

ANEXOS

Influencia de una Intervención Educativa en población de riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2, Chiclayo, Diciembre 2016 – Marzo 2017

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN

Yo..... Me someto libre y voluntariamente a una valoración clínica y a la aplicación del cuestionario FINDRISC y la encuesta DQK, como parte de la investigación que titulada: **Influencia de una Intervención Educativa en población de riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2, Chiclayo, Diciembre 2016– Marzo 2017**, realizada por los estudiantes de medicina humana Portilla Suarez Jhonatan Alexander y Tineo Tineo Denny para la obtención de su título como médicos cirujanos.

Firma: _____

ANEXO Nº 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I.- INFORMACION GENERAL

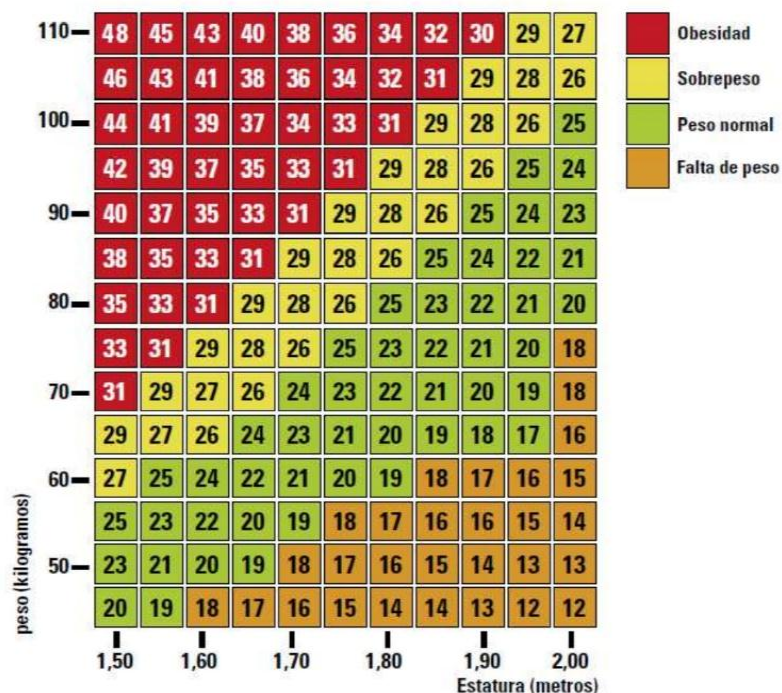
1. Grupo poblacional:
2. N° de registro:
3. Edad:
4. Sexo:

II. DIAGNOSTICO DE RIESGO BASAL DE DIABETES MELLITUS-2

Cuestionario de FINDRISK para la identificación de Factores de Riesgo.				
Calcule su riesgo de padecer diabetes en los próximos 10 años				
Marque sus respuestas y sume los puntos				puntos
1.- ¿Cuántos años tiene usted?				
Menos de 45 años		0 puntos		
45-54 años		2 puntos		
55-64 años		3 puntos		
Más de 64 años		4 puntos		
2. ¿Cuál es su Índice de Masa Corporal (IMC)? Vaya el cuadro página siguiente.				
Menos de 25		0 puntos		
De 25 a 30.		1 puntos		
Más de 30.		3 puntos		
3. ¿Cuánto mide su cintura? Mídase en la parte más prominente de la cintura.				
Hombres		Mujeres		
Menos de 92 cm	0 puntos	Menos de 85 cm	0 puntos	
De 92cm a 102 cm	3 puntos	De 85cm a 88 cm	3 puntos	
Más de 102 cm	4 puntos	Más de 88 cm	4 puntos	
4. ¿Realiza habitualmente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?:				
Si		0 puntos		
No		2 puntos		

5. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?		
Todos los días	0 puntos	
No todos los días	1 puntos	
6. ¿Toma medicamentos para la presión alta o Padece de Hipertensión Arterial?		
No	0 puntos	
Si	2 puntos	
7. ¿Le han encontrado alguna vez valores de glucosa altos (por ejemplo, en un control médico o durante una enfermedad o durante el embarazo)?		
No	0 puntos	
Si	5 puntos	
8. ¿Se le ha diagnosticado diabetes (tipo 1 o tipo 2) a alguno de sus familiares o parientes?		
No	0 puntos	
Si : abuelos, tía, tío, primo hermano	3 puntos	
Si : padres, hermanos, hijos	5 puntos	
Total Puntaje		

Indice de masa corporal según escala de FINDRISK



III.- NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES

CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS Tipo2

CUESTIONARIO DQK

CONOCIMIENTOS BÁSICOS		Si	No	No sabe
1.-	El comer azúcar en exceso puede causar diabetes			
2.-	La diabetes es causada por la falta de una sustancia llamada insulina			
3.-	La diabetes es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo			
4.-	Los riñones producen insulina			
5.-	Siendo diabético puedo tener hijos diabéticos			
6.-	La diabetes no se cura			
7.-	Hay dos tipos de diabetes, tipo1 y 2			
8.-	El comer mucho estimula al cuerpo a producir insulina			
9.-	Es igual de importante el escoger los alimentos que vamos a comer como la forma de prepararlos			
10.-	Los alimentos de los diabéticos deben de ser diferentes a los de los demás			
CONOCIMIENTO SOBRE CONTROL GLUCÉMICO		Si	No	No Sabe
11.-	Si no tomo mis medicamentos, ni hago dieta, ni tampoco hago ejercicios me aumenta la glucosa en la sangre			
12.-	El ejercicio produce mayor necesidad de insulina o medicamentos			
13.-	El medicamento es más importante que la dieta y el ejercicio			
14.-	Son datos de azúcar alto la sudoración y la sensación de Frio			
15.-	Son datos de azúcar bajo la sed y el hambre			
CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN Y COMPLICACIONES		Si	No	No Sabe
16.-	Diabetes mellitus causa problemas de circulación sanguínea			
17.-	Las heridas en los pacientes diabéticos cicatrizan más lento, tardan en cicatrizar o cerrarse			
18.-	El paciente diabético debe de tener más cuidado en el cortado de sus uñas			
19.-	Las heridas de los diabéticos deben de lavarse con yodo y alcohol			
20.-	Diabetes mellitus puede dañar los riñones de los pacientes			
21.-	Diabetes mellitus produce alteraciones en las sensaciones percepción sensitiva			
22.-	Los pacientes diabéticos deben de utilizar medias elásticas o calcetines apretados			

ACTITUDES ANTE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA DIABETES MELLITUS

ACTITUDES		Acuerdo	Ni de acuerdo Ni en Desacuerdo	Desacuerdo
1.-	Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a bajar de peso			
2.-	Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a mejorar mi dieta			
3.-	Si estuviera con sobrepeso, estaría dispuesto (a) a hacer más ejercicio físico			
4.-	No tengo tiempo para hacer ejercicio			
5.-	Es difícil consumir comidas saludables			
6.-	Quisiera saber más acerca de cómo estar más saludable sin necesidad de tomar medicamentos			
7.-	Me gustaría realizarme una evaluación anual de salud			
8.-	Cuesta mucho mantenerse en forma			
9.-	Si estuviera con sobrepeso o enfermo, estaría interesado en participar en un grupo de autoayuda			
10.-	Recibo atención de buena calidad en los servicios de salud.			