

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional de Enfermería



*Una Institución Adventista*

Efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima, 2017

Por

Cryss Samanta Silvano Esteban

Astrid Eloisa Lazo Villalta

Asesora

Dra. Flor Lucila Contreras Castro

Lima, febrero de 2018

Ficha calcográfica:

Silvano Esteban Cryss Samanta y Lazo Villalta Astrid Eloisa

Efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del centro de Atención Primaria III- Huaycán, Lima 2017.

192 páginas: anexos, tablas.

Tesis (Licenciatura) -- Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. Enfermería, 2018.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Enfermería.

1. Diabetes. 2. Conocimiento 3. Prácticas. 4. Autocuidado.

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Dra. Flor Lucila Contreras Castro, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión.

### DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: **Efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas de autocuidado de los pacientes adultos con diabetes mellitus del Centro de Atención Primaria III-Huaycan, Lima 2017**, constituye la memoria que presentan los **Bachilleres: Cryss Samanta Silvano Esteban / Astrid Eloisa Lazo Villalta** para aspirar al título de Profesional de Grado académico de Licenciatura en enfermería ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, 20 de febrero de 2018



Nombre y apellidos del asesor

“Efectividad del programa “vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III-Huaycán, Lima, 2017”

# TESIS

Presentada para optar el título profesional de  
Licenciado en Enfermería

## JURADO CALIFICADOR

  
Dra. Mayela Cajachagua Castro  
Presidente

  
Mg. Nitzy Ramos Flores  
Secretaria

  
Dr. Roussel Dulio Dávila Villavicencio  
Vocal

  
Mg. Rut Ester Mamani Limachi  
Vocal

  
Dra. Flor Lucila Contreras Castro  
Asesora

UPeU, 12 de febrero de 2018

## **Dedicatoria**

Dedico la presente tesis a mis padres, Merlin y Eloisa, por brindarme su apoyo, sus consejos, su amor y por ser la principal motivación en el logro de mis objetivos trazados.

A mi hermano, Ayrton, por ser mi soporte y mi razón de continuar creciendo en cada etapa de la vida.

**Astrid Lazo Villalta**

Dedico la presente tesis a mi madre Norita, por su cariño, su paciencia y por su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera profesional.

**Cryss Silvano Esteban**

## **Agradecimientos**

En primer lugar, a Dios, por el don de la vida, la sabiduría y por ayudarnos a afrontar las situaciones de dificultad a lo largo de nuestra formación académica.

A la Dra. Flor Contreras Castro, nuestra asesora, por ser la guía a lo largo del estudio de investigación, impartirnos su conocimiento y ser partícipe de este logro alcanzado.

A nuestras asesoras metodológicas, la Dra. Teodora Damián y la Mg. María Díaz, encargadas de orientar el estudio de investigación por su alto nivel de conocimientos y su trayectoria profesional.

A nuestros asesores estadísticos, el Mg. David Javier y el Ing. Willy Medina, parte fundamental del estudio de investigación y por el apoyo continuo.

Al Dr. Luis de la Flor Carazas, Director del Centro de Atención Primaria III-Huaycán, por brindarnos la autorización y el apoyo en la ejecución del programa educativo.

A la Lic. Magaly Vigo, Gerente del Departamento de Enfermería, por brindarnos su colaboración, las facilidades del campo clínico y la información necesaria para la elaboración del presente estudio.

A los pacientes diabéticos por participar voluntariamente del programa educativo “Vida dulce y Sana” y compartir sus experiencias vividas con la enfermedad crónica.

## Tabla de Contenido

Dedicatoria .....	v
Agradecimientos.....	vii
Tabla de Contenido.....	vii
Índice de tablas .....	xii
Índice de anexos .....	xii
Resumen .....	xiii
Abstract .....	xivv
Capítulo I El problema .....	1
1. Planteamiento del problema .....	1
2. Formulación del problema.....	7
3. Objetivos de la investigación.....	7
3.1 Objetivo general. ....	7
3.2 Objetivos específicos.....	7
4. Justificación .....	8
4.1 Relevancia social y práctica. ....	8
4.2 Relevancia teórica.....	8
4.3 Relevancia metodológica.....	9
5. Presuposición filosófica.....	9

Capítulo II Marco teórico .....	11
1. Antecedentes .....	11
2. Marco teórico .....	18
2.1 Diabetes Mellitus. ....	18
2.1.1 Definición.....	18
2.1.2 Tipos de Diabetes Mellitus. ....	19
2.1.3 Signos y síntomas. ....	23
2.1.4 Factores de riesgo.....	24
2.1.5 Diagnóstico.....	26
2.1.6 Complicaciones.....	27
2.1.7 Tratamiento. ....	31
2.2 Autocuidado.....	32
2.2.1 Cuidado dietético.....	33
2.2.2 Actividad física. ....	34
2.2.3 Control médico. ....	35
2.2.4 Tratamiento farmacológico.....	35
2.2.5 Cuidado del pie diabético. ....	37
2.3 Conocimientos.....	38
2.3.1 Conocimiento del autocuidado. ....	39
2.3.2 Elementos que intervienen en el conocimiento. ....	39
2.3.3 Tipos de conocimiento. ....	40

2.4	Prácticas.....	40
2.4.1	Prácticas de autocuidado.....	41
2.5	Programa educativo: Vida Dulce y Sana.....	42
2.5.1	Objetivos.....	42
	Sesiones educativas y talleres prácticos.....	43
2.5.2	Rol del enfermero.....	45
2.6	Modelos teóricos.....	47
2.6.1	Dorothea Elizabeth Orem.....	47
3.	Definición de términos.....	51
3.1	Educación sanitaria.....	51
3.2	Prevención.....	51
3.3	Efectividad de un programa.....	51
3.4	Adulto.....	51
3.5	Centro de Atención Primaria.....	52
Capítulo III Materiales y métodos.....		53
1.	Diseño y tipo de estudio.....	53
2.	Descripción del lugar de ejecución.....	54
3.	Población y participantes.....	54
3.6	Población.....	54
3.7	Muestra.....	54
3.7.1	Criterios de inclusión y exclusión.....	55

3.7.2 Característica de la muestra.....	55
4. Hipótesis de la investigación.....	57
4.1 Hipótesis general.....	57
4.2 Hipótesis específicas.....	57
5. Identificación de variables.....	58
Operacionalización de variables.....	58
6. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	65
7. Proceso de recolección de datos.....	67
8. Procesamiento y análisis de datos.....	68
9. Consideraciones éticas.....	68
Capítulo IV Resultados y discusión.....	70
1. Resultados.....	70
2. Discusión.....	77
Capítulo v Conclusiones y recomendaciones.....	85
1. Conclusiones.....	85
2. Recomendaciones.....	86
Referencias bibliográficas.....	87
Anexos.....	98

## Índice de tablas

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas de los pacientes diabéticos del grupo experimental y grupo control, del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima 2017..... 56

Tabla 2. Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus del grupo control y experimental del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima 2017..... 70

Tabla 3. Conocimiento sobre el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus en el pre test y post test del grupo control y grupo experimental del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima 2017 ..... 72

Tabla 4.Prácticas sobre el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus en el pre test y post test del grupo control y grupo experimental del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima 2017 ..... 74

Tabla 5.Efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas sobre el autocuidado de los pacientes diabéticos del Programa “Vida dulce y sana”, en el Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima 2017.... 76

## Índice de anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos .....	99
Anexo 2. Datos de prueba de confiabilidad.....	105
Anexo 3. Validación de instrumento.....	106
Anexo 4. Autorización institucional.....	108
Anexo 5. Consentimiento informado .....	109
Anexo 6. Constancia de la ejecución del programa .....	109
Anexo 7. Tablas de resultados descriptivos por cada ítem .....	110
Anexo 8. Prueba de normalidad.....	116
Anexo 9. Fotos .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b> 117
Anexo 10. Modulo educativo .....	1179

## Resumen

El presente trabajo de investigación, tuvo como objetivo, determinar la efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima. El tipo de estudio es cuantitativo, de corte longitudinal; de diseño cuasi experimental, con un grupo control y grupo experimental. El grupo control estuvo conformado por 27 pacientes que acuden periódicamente a las sesiones del Programa del Adulto y Adulto Mayor, quien continuó con el método educativo tradicional del programa, y el grupo experimental estuvo conformado por 27 pacientes que acuden esporádicamente o no lo hacen. Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos, el test de conocimiento sobre el autocuidado, adaptado de Laime (2014) y una guía de observación adaptado de Merchán (2014). Los resultados muestran que el 96,3% de pacientes del grupo experimental presentó nivel de conocimiento bajo sobre el autocuidado y el 88,9% prácticas inadecuadas antes de aplicar el programa; después de su aplicación, el 51,9% presentó nivel de conocimiento regular y el 11,1% bueno; el 40,7% presentó prácticas en proceso de mejora y las práctica inadecuadas bajaron a 59.3%. En la primera evaluación del grupo control, el 70,4% presentó nivel de conocimiento bajo y el 63% prácticas en proceso de mejora; en la segunda evaluación el 63% presentó nivel de conocimiento bajo y el 37% regular; el 51.9 prestó practicas inadecuadas y el 48.1 en proceso de mejora. Se concluye que el programa “Vida dulce y sana” es efectivo en los conocimientos y prácticas de autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus.

**Palabras clave:** Efectividad del programa educativo, conocimientos, prácticas y autocuidado.

## Abstract

The objective of this research was to determine the effectiveness of the "Sweet and Healthy Life" program in the knowledge and practices of self-care in adult patients with Diabetes Mellitus at the Primary Care Center III - Huaycán, Lima. The type of study is quantitative, longitudinal cut; of quasi-experimental design, with a control group and experimental group. The control group consisted of 27 patients who periodically attend the sessions of the Adult and Elderly Program, who continued with the traditional educational method of the program, and the experimental group consisted of 27 patients who attend sporadically or do not attend. Two data collection instruments were used, the knowledge test on self-care, adapted from Laime (2014) and an adapted observation guide from Merchán (2014). The results show that 96.3% of patients in the experimental group had a low level of knowledge about self-care and 88.9% inadequate practices before applying the program; after its application, 51.9% presented regular knowledge level and 11.1% good; 40.7% presented practices in the process of improvement and inadequate practices fell to 59.3%. In the first evaluation of the control group, 70.4% presented low level of knowledge and 63% practices in process of improvement; in the second evaluation, 63% had a low level of knowledge and 37% had a regular level; 51.9 had inadequate practices and 48.1 was in the process of improvement. It is concluded that the program "Sweet and healthy life" is effective in the knowledge and practices of self-care in patients with diabetes mellitus.

**Keywords:** Effectiveness of the educational program, knowledge, practices and self-care.

## **Capítulo I**

### **El problema**

#### **1. Planteamiento del problema**

La Organización Mundial de la Salud (2016) estima que cerca de 422 millones de adultos tenían diabetes en el 2014 a nivel mundial, a diferencia del año 1980 donde 108 millones lo presentaban. Esto indica que la prevalencia mundial de la diabetes se ha incrementado en la población adulta, ya que ha superado del 4.7% al 8.5% respectivamente. En el año 2012, la diabetes provocó 1.5 millones de defunciones y según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en el 2030.

La International Diabetes Federation (2015) sostiene que la diabetes mellitus afecta a 94.2 millones de personas entre 65 - 79 años de edad y 320.5 millones de personas entre 20 - 64 años, siendo sus complicaciones las principales causas de defunciones en la mayoría de los países. Se estima que 193 millones de personas con diabetes no han sido diagnosticadas y poseen, por tanto, un mayor riesgo de desarrollar complicaciones, además, se prevé que la región del Sur y Centro América presentará un aumento en el número de personas con diabetes mellitus en un 65% para el año 2040.

Por tanto, esta enfermedad constituye una amenaza para la salud pública a nivel mundial y nacional, convirtiéndose en uno de los principales contribuyentes a la morbilidad y mortalidad en el Perú, debido a que la incidencia se encuentra en ascenso (Seguro Social de Salud, 2016).

Las personas que se ven afectadas con esta enfermedad presentan mayor probabilidad de desarrollar complicaciones con riesgos 40 veces mayor de amputación, 25 veces mayor de insuficiencia renal terminal, 20 veces mayor de ceguera, de 2 a 5 veces mayor de accidente cerebro vascular y entre 2 a 3 veces mayor de infarto agudo al miocardio (Ministerio de la Salud, 2016).

Es importante considerar los factores de riesgo de esta patología como la carga genética, ya que existe un riesgo de 40% en las personas que tengan uno de los padres con esta enfermedad y un 70% si la enfermedad se presenta en ambos padres. Entre otros de los factores de riesgo, se encuentran la dislipidemia y obesidad (Palacios, Durán, & Obregón, 2012). Seclén (2015) señala que el estilo de vida que lleva la población sumado al factor genético da como consecuencia una alteración en los niveles de glucosa y resistencia a la insulina, lo que conduce al desarrollo de hiperglicemia, principal indicador de los estados diabéticos y prediabéticos.

El análisis de situación de salud dentro de la jurisdicción de la Dirección de Salud (DISA) IV Lima Este (LE) reporta que en el 2014 se evidenciaron 16 434 casos de diabetes mellitus, mostrando un incremento de 1 654 (11.2%) de nuevos casos con relación al año anterior, lo cual indica que esta enfermedad tiene una alta prevalencia en esta zona. La tasa de mortalidad del año 2014 fue de 728 defunciones, evidenciándose un aumento respecto al año anterior, donde se presentaron 510 defunciones. Asimismo, esta enfermedad se presenta

predominantemente en la edad adulta y adulta mayor, representado el 95% del total de los casos (Ministerio de Salud, 2015).

En el año 2016, el mayor número de atenciones realizadas en el Centro de Atención Primaria (CAP) III – Huaycán fue de pacientes con diabetes mellitus, en un 32.79%, siendo las edades de 40 a 60 años las de mayor prevalencia (1389 pacientes), seguido del 31.07% por hipertensión arterial, 17.98% por asma, 10.10% por osteoporosis, 5.1% por tuberculosis, 1.72% por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 0.34% por glaucoma, 0.20% por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y 0.08% por ceguera, lo que indica que la diabetes mellitus es la principal patología de ingresos a establecimiento de salud mencionado (Centro de Atención Primaria III Huaycán, 2016).

En tanto, el Informe Operacional Anual de Atención Integral del Adulto del CAP III - Huaycán en el año 2016, reporta que en el área de emergencia se atendieron 199 pacientes, de los cuales 80 presentaron asma, 72 diabetes mellitus y 33 hipertensión arterial (HTA) siendo estos los prioritarios. En la Unidad Preventiva se atendieron 500 pacientes por daño, 291 por HTA, 204 por nutrición inadecuada, 199 por sedentarismo y 184 por diabetes mellitus. Asimismo, de un total de 216 pacientes no controlados, 197 fueron por diabetes mellitus y 19 por HTA (Centro de Atención Primaria III Huaycán, 2016).

Por otro lado, Hernández (2011) menciona que el control de la diabetes mellitus se realiza por medio de la adquisición del conocimiento sobre la enfermedad, lo que conlleva a que la persona realice prácticas adecuadas sobre el autocuidado, lo que concluye en la implementación de un nuevo estilo de vida .

La teoría de Jean Piaget estipula que el conocimiento es el resultado de la interacción entre el sujeto y la realidad que lo rodea. Al actuar sobre la realidad, esta aumenta el conocimiento y la conducta se va enriqueciendo constantemente. Esto supone que el sujeto es siempre activo en la formación del conocimiento y que no se limita a recoger o reflejar lo que está en el exterior; el conocimiento es siempre una construcción que el sujeto realiza partiendo de los elementos que dispone (Vielma & Salas, 2000).

Borjas (2017) realizó un estudio en el Perú, sobre el conocimiento sobre autocuidado en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital de Ventanilla, en donde reportó que el 72%(36) de los pacientes diabéticos evidenció un nivel de conocimiento medio sobre su autocuidado, el 24%(12) nivel alto y 4%(2) bajo. Además, según el conocimiento de acuerdo con las dimensiones del autocuidado, el 76%(38) presentó nivel medio en el cuidado de los pies, al igual que en la actividad física con el 86%(43). Con referencia a la alimentación, el 78%(39) exhibió nivel medio, 14%(7) alto y solo 8%(4) bajo. De acuerdo con el tratamiento farmacológico, el mayor porcentaje 74%(37) mostró nivel medio y con tendencia bajo 20%(10).

Alves, Campos, Lima, Veiga y De Oliveira (2012) refieren que la base para el desarrollo de acciones para un autocuidado eficaz es debido a la adquisición de conocimiento acerca de la enfermedad, aunque este no obligatoriamente se convierta en un cambio de comportamiento. Además, Alcalde y Clavijo (2013) indican que para adquirir mayor capacidad y lograr procesar información relacionada con el cuidado de la salud, es necesario un nivel elevado de conocimiento; sin embargo, un nivel bajo o deficiente en los conocimientos, evidenciará en el paciente mayores problemas para desarrollar un adecuado

autocuidado; el conocimiento requiere de las prácticas con la finalidad de mantener un óptimo estado de salud; asimismo, está relacionado con las actitudes que son una gran influencia frente a las prácticas y genera una respuesta por parte del paciente para evidenciar una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada (Manrique, 2010).

En efecto, Alayo (2013) considera que la evaluación de los conocimientos y prácticas de los pacientes con diabetes, contribuye en el ejercicio de la profesión de enfermería para que a través de ella se pueda brindar el conocimiento fundamental para que el paciente alcance un correcto manejo de la salud y evite futuras complicaciones de la enfermedad.

Actualmente, el CAP III – Huaycán cuenta con el programa del Adulto y Adulto mayor con 1023 pacientes inscritos en el programa, de los cuales solo 360 pacientes asisten regularmente. El programa consiste en monitorizar a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y pacientes con riesgo a adquirirlas. Se realiza el control de medidas antropométricas, glucosa, presión arterial, además, cada miércoles se realiza Tai Chi, y se deriva a los pacientes con cada especialidad según su necesidad, pero no existe un programa educativo motivador orientado al autocuidado personalizado y de seguimiento domiciliario para pacientes diabéticos. Por tal motivo, las investigadoras consideran importante planificar programas educativos orientados al cambio conductual especialmente a aquellos pacientes afectados con enfermedades crónicas, sustentadas por Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), quienes mencionan que los programas de intervención constituyen una clave externa poderosa para lograr una conducta de salud positiva.

Según la teoría de Acción Razonada de Ajzen y Fishbein, que es una de las teorías de cambio conductual más significativas y más usadas en el área de salud, los conocimientos de una persona acerca de un objeto influyen en las actitudes que desarrolla hacia el objeto. Estas actitudes influyen en cómo la persona desarrolle prácticas dirigidas al objeto, y las intenciones conductuales a su vez influyen en cómo la persona realmente actúa frente al objeto.

Al acudir al CAP III – Huaycán, las investigadoras entrevistaron a los pacientes sobre el manejo de su enfermedad, identificando que carecen de conocimientos referentes a la importancia del autocuidado y las prácticas que deben realizar. Con relación al tratamiento farmacológico, refieren: “me olvido de tomar mis pastillas para la diabetes”, “me causa dolor de estómago tomar mis pastillas”, “no sé cómo aplicarme la insulina en casa”, “no estoy seguro de que tengo diabetes”, “prefiero usar plantas naturales para curarme”, entre otras frases similares. Los términos mencionados anteriormente están relacionados a las experiencias vividas de los pacientes que en su mayoría olvidan tomar sus medicamentos para la enfermedad u optan por tratamientos alternativos, otros modifican la dosis por consejos de otras personas y faltan continuamente a sus consultas periódicas por falta de tiempo. Asimismo, al entrevistar a sus familiares, en su mayoría refieren que los pacientes no realizan actividad física, ingieren alimentos no recomendados, aludiendo que en algún momento tienen que llegar a fallecer.

Considerando los datos estadísticos y las entrevistas cualitativas, las investigadoras se vieron motivadas a formular el siguiente problema de investigación.

## **2. Formulación del problema**

¿Cuál es la efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas sobre el autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, 2017?

## **3. Objetivos de la investigación**

### **3.1 Objetivo general.**

Determinar la efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán.

### **3.2 Objetivos específicos.**

Identificar el nivel de conocimientos sobre el autocuidado de los pacientes adultos con Diabetes Mellitus del grupo experimental y control del Centro de Atención Primaria III – Huaycán.

Identificar las prácticas de autocuidado de los pacientes adultos con Diabetes Mellitus del grupo experimental y control del Centro de Atención Primaria III – Huaycán.

Determinar la efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos sobre el cuidado dietético, actividad física, control médico, tratamiento farmacológico y cuidado de los pies en pacientes adultos con Diabetes Mellitus Atención Primaria III – Huaycán.

Determinar la efectividad del programa “Vida dulce y sana” en las prácticas de cuidado dietético, actividad física, control médico, tratamiento farmacológico y

cuidado de los pies en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán.

#### **4. Justificación**

##### **4.1 Relevancia social y práctica.**

Los primeros beneficiados con este estudio de investigación serán los pacientes portadores de diabetes mellitus, debido a que tendrán mayor conocimiento para un eficiente autocuidado ante la enfermedad, y las prácticas se orientarán a lograr una mejor calidad de vida. Asimismo, el programa se orienta a la prevención de complicaciones como: hiperglicemia, hipoglicemia, cetoacidosis diabética y coma diabético, evitando sufrimiento al paciente y familia, y reduciendo los gastos económicos de la institución y el país.

El personal de enfermería fortalecerá sus conocimientos para mejorar su labor educativa hacia los pacientes portadores de esta enfermedad, al contar con el programa “Vida dulce y sana”, asimismo, el modelo de implementación utilizado permitirá que los profesionales de enfermería interioricen prácticas de mejora continua en la institución.

Por otro lado, la información presentada en este estudio servirá de base para que otros profesionales de la Salud puedan realizar programas educativos sobre el autocuidado de pacientes con diabetes mellitus en comunidades donde se evidencie una alta tasa de morbilidad y mortalidad causada por esta enfermedad.

##### **4.2 Relevancia teórica.**

La investigación contiene información sistematizada, objetiva, clara y precisa sobre el autocuidado de los pacientes adultos con Diabetes Mellitus, además, se realizó una revisión científica sobre las variables de estudio.

Esta investigación será puesta a disposición de la comunidad científica, y, la información expuesta servirá como fuente generadora de nuevos estudios de investigación.

#### **4.3 Relevancia metodológica**

El estudio tiene relevancia metodológica porque se hizo la adaptación de los dos instrumentos a la realidad de la institución; asimismo, se realizó la validación por el juicio de expertos y las pruebas de confiabilidad para demostrar que los instrumentos son viables.

Por otro lado, las investigadoras elaboraron un manual del programa basado en la metodología AMATE, la cual se pondrá a disposición de la comunidad científica.

#### **5. Presuposición filosófica**

White (1968) muestra que “la reforma de salud es una parte importante del mensaje del tercer ángel”; además, como iglesia que afirma y cree en la reforma, se debe evidenciar un óptimo cuidado de la salud. Por otro lado, menciona la trascendental labor misionera que ejerce el personal de enfermería encargada de cuidar integralmente al paciente, debido a que encontrará oportunidades para poder elevar una oración, difundir la Palabra de Dios y llevar esperanza a los pacientes. Asimismo, “la revelación de un amor sin egoísmo, manifestado por medio de actos de bondad desinteresada, hará más fácil que estas personas dolientes crean en el amor de Cristo”, asimismo, las sagradas escrituras (Versión Reina - Valera 2000) menciona en Corintios 6: 19 – 20: “¿No sabéis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, que está en vosotros, que tenéis de Dios, y

que no soy vuestros?, porque habéis sido comprados por precio, por tanto, glorificad a Dios en vuestro cuerpo”.

Gálvez, Grellmann y Enriquez (2010) refieren que “son cada vez más las personas aspirantes a un estilo de vida saludable motivadas por diversas razones: vivir una vida mejor, aliviar las tensiones de la vida, cumplir una recomendación médica, cambiar alguna adicción personal, o ver a los miembros de su querida familia vivir una mejor calidad de vida”. Asimismo, la salud es resultado al cumplimiento eficaz de las leyes Dios, por ende, la adquisición de la enfermedad se da como consecuencia a la desobediencia; por tal motivo, cualquier persona que esté pasando por una enfermedad, debe buscar la causa, corregirla, y adoptar un rol de cuidado activo mediante el uso de la naturaleza, los consejos medicinales y principalmente la confianza en el poder divino.

White (1975) menciona que el cuerpo que Dios nos dejó a cargo no debe ser descuidado, debido a que en la actualidad las enfermedades que afligen a la familia humana se dan como resultado a la práctica de hábitos inadecuados y falta de conocimientos sobre el cuidado del cuerpo, además, es importante la realización del ejercicio, ya que mejora la digestión y logra una condición saludable del cuerpo y la mente. La excesiva complacencia en el comer, beber y dormir, así como en las cosas que se observan son consideradas como pecado, sin embargo, un equilibrio entre las facultades del cuerpo y de la mente resulta en felicidad.

## **Capítulo II**

### **Marco teórico**

#### **1. Antecedentes**

Aparicio (2017) realizó un estudio en Lima titulado: “Relación entre el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en los pacientes diabéticos de 40 a 60 años del Hospital de Ventanilla”. La metodología estuvo centrada en un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo correlacional, de corte transversal, cuya muestra estuvo conformada por 200 pacientes diabéticos. La recolección de datos se realizó por medio de la aplicación de un cuestionario orientado para evaluar el nivel de conocimiento y el segundo orientado hacia la práctica de autocuidado. Los resultados del estudio reportaron que el 20% tiene un nivel de conocimiento bueno, el 45% regular y el 35% bajo; asimismo, el 34% evidencia prácticas adecuadas sobre el autocuidado y el 66% prácticas inadecuadas. La relación entre el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado se realizó a través de la prueba estadística de la Chi cuadrada, reportando un p-valor de 0.00, concluyendo que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Carrillo (2017) realizó un estudio en el Perú titulado: "Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María", cuyo objetivo fue establecer relación entre los conocimientos y las actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos. La metodología estuvo centrada en un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo correlacional, de corte transversal, en donde la muestra estuvo conformada por 50 pacientes diagnosticados con la enfermedad. Para la recolección de datos se aplicó un instrumento para poder determinar el nivel de conocimientos y las actitudes de los pacientes, además, para evaluar las prácticas, se utilizó una ficha de observación. Los resultados de la investigación reportaron que el 54%(32) del total de los pacientes con Diabetes Mellitus no tienen conocimiento y solo el 36%(18) evidencia conocimiento sobre la enfermedad; asimismo, el 84%(42) presentó una actitud positiva frente al autocuidado, mientras que el 16%(08) evidenció una actitud negativa. Seguidamente, el 52%(26) presentó prácticas inadecuadas y solo el 48%(24) prácticas adecuadas. La relación entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus se realizó a través de la prueba estadística de la Chi cuadrada, reportando un p-valor de 0.26, concluyendo que no existe relación significativa entre las variables en estudio.

Cabanillas y Deza (2016) realizaron un estudio en Trujillo titulado: "Efectividad de un programa educativo en el conocimiento sobre autocuidado en adultos con diabetes mellitus" cuyo objetivo fue determinar la efectividad del programa educativo "Promoviendo mi cuidado" en el conocimiento sobre el autocuidado de adultos con diabetes mellitus, en el Hospital de Apoyo Chepén. La metodología empleada estuvo centrada en un enfoque cuantitativo, pre experimental, de corte

longitudinal, donde la muestra estuvo constituida por 80 pacientes inscritos al programa de diabetes mellitus del hospital antes mencionado. Para la recolección de datos, utilizaron un test tipo Likert, titulado: “Test para valorar el nivel de conocimiento sobre el autocuidado”, que fue modificado por las autoras del estudio en los aspectos del régimen alimenticio, actividad física, tratamiento y cuidado de los pies. Los resultados reportaron que antes de la ejecución del programa educativo, el 1.2% de los pacientes diabéticos evidenció un nivel de conocimientos malo, el 50% regular y el 48.8% bueno; sin embargo, posterior a la ejecución de la intervención, el 100% de los pacientes evidenciaron un nivel de conocimiento bueno. El 90% de los pacientes diabéticos mejoraron su nivel de conocimientos sobre el autocuidado, por lo que el programa educativo fue efectivo, el cual se evidenció por medio de la prueba paramétrica de la T student con un p-valor de 0.00, concluyendo que la intervención educativa hacia los pacientes adultos con diabetes mellitus fue altamente significativa.

Soler, Pérez, López y Quezada (2016) realizaron un estudio en Cuba, titulado: “Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, cuyo objetivo fue describir el nivel de conocimientos sobre diabetes y el autocuidado que presentan los pacientes diabéticos. La metodología estuvo centrada en un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo descriptivo, de corte transversal, en donde la muestra estuvo constituida por 22 pacientes. La recolección de datos se realizó a través del instrumento titulado: “conocimientos sobre el autocuidado”, el cual fue elaborada a partir de la revisión bibliográfica y validado según método de consenso Delphi. Los resultados del estudio reportaron que el 45% de los pacientes diabéticos encuestados presentaron un nivel de conocimientos bajo y el 91% presentó ausencia de autocuidado; asimismo, la

información que obtuvieron los pacientes en la investigación fue a través de los medios de difusión masiva con un 81% y por el medio del personal de salud con un 26%, concluyendo que los pacientes diabéticos de tipo 2, presentaron ausencia de autocuidado y bajo nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus, por lo que se recomendó diseñar e implementar programas de intervención.

Deza (2015) realizó un estudio en Trujillo titulado: “Efectividad del programa educativo para mejorar el nivel de conocimientos de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo II del Hospital I Florencia de Mora”. El estudio fue de enfoque cuantitativo, cuasi experimental, de corte longitudinal. La muestra estuvo conformada por 35 pacientes pertenecientes al grupo experimental, quien utilizó un test para la recolección de datos titulado: “Test de autoevaluación”, realizado por la autora de la investigación. Los resultados reportaron que el nivel de conocimientos antes de la aplicación del programa es deficiente en un 100 %, y luego de la aplicación del programa. Se evidenció un nivel de conocimientos regular en un 34.3% y bueno en un 65.7%, en el post test, concluyendo que el programa educativo participativo, sí mejoró significativamente el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos tipo II del consultorio N° 18 pertenecientes al Hospital I Florencia de Mora.

Alcalde y Clavijo (2013) realizaron un estudio en Trujillo titulado: “Nivel de conocimientos y calidad de prácticas de autocuidado en la prevención del pie diabético en los pacientes adultos del consultorio externo de endocrinología del Hospital Belén”. La metodología estuvo centrada en un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo descriptivo – correlacional, de corte transversal, donde la muestra estuvo constituida por 100 pacientes. La recolección de los datos se realizó por medio de la aplicación de dos instrumentos realizados por los

autores del estudio, siendo el primero un cuestionario utilizado para medir el nivel de conocimientos y el segundo aplicado para medir la calidad de prácticas de autocuidado. Los resultados relacionados con el nivel de conocimientos sobre la prevención del pie diabético, reportaron que del total de los pacientes, el 48% tiene un nivel de conocimiento regular, el 32% deficiente y el 20% bueno; además, respecto a la calidad de las prácticas de autocuidado sobre la prevención del pie diabético, el 58% de los pacientes evidenció un nivel inadecuado de prácticas y el 42% un nivel adecuado; asimismo, la relación entre el nivel de conocimientos y la calidad de prácticas de autocuidado en la prevención de pie diabético se realizó por medio de la prueba estadística de la Chi cuadrada, reportando un p-valor de 0.00, concluyendo que existe relación altamente significativa entre las variables en estudio.

Merchán (2014) realizó un estudio en España, titulado: “Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2”, cuyo objetivo fue conocer la prevalencia del déficit de conductas de autocuidado en la población adulta con diabetes tipo 2 y determinar los factores o variables asociados a dicho déficit. La metodología estuvo centrada en un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo analítico – observacional, de corte transversal, en donde la muestra estuvo constituida por 260 personas. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento titulado: “Cuestionario sobre el autocuidado” adaptado por la autora del estudio. Los resultados reportaron que del total de los pacientes diabéticos encuestados, el 49.8% presentó un déficit en el cuidado de los pies, el 26.6% para el ejercicio, el 23.8% en el control de glucemia, el 8.1% en la alimentación, el 6.2% en la asistencia al control médico y el 1.2% en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, concluyendo que la

prevalencia en el déficit de autocuidado está asociado a los factores del entorno sanitario en cuanto a la información proporcionada por los profesionales, la información escrita recibida por los pacientes y la información facilitada a los familiares; asimismo, la identificación y comprensión de estos factores facilita diseñar e implementar estrategias efectivas en el proceso de intervención educativa.

Arias y Ramírez (2013) realizaron un estudio en Lima titulado: “Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus de tipo 2”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. La metodología estuvo centrada en un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo descriptivo – correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 48 adultos mayores y 48 familiares cuidadores respectivamente. Los resultados del estudio reportaron que el apoyo familiar es adecuado en el 64.6% (31) e inadecuado en un 35.4% (17); asimismo, con respecto a las prácticas de autocuidado del adulto mayor, se reportó que el 52.1% (25) tiene prácticas regulares, el 31.2% (15) prácticas buenas y el 16.7% (8) prácticas deficientes. La relación entre el apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus de tipo 2 se realizó por medio de la prueba estadística de la Chi cuadrada, reportando un p-valor de 0.86, concluyendo que no existe relación significativa entre las variables en estudio debido a que son independientes entre sí.

Giménez (2013) realizó un estudio en España titulado: “Nivel de conocimientos en pacientes diabéticos tipo 2. Eficacia de una estrategia educativa”, cuyo objetivo fue Evaluar los conocimientos en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.

La metodología estuvo centrada en un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño pre-experimental, de corte longitudinal, cuya muestra estuvo conformada por 19 pacientes. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario de conocimientos teóricos, el cual fue aplicado antes y después de la intervención educativa. Los resultados evidenciaron que el 68,57% de los pacientes respondieron correctamente al cuestionario sobre el nivel de conocimientos de la diabetes; sin embargo, posterior a la ejecución de la intervención educativa, el porcentaje de los pacientes que respondieron correctamente ascendió a un 82,38%. Se concluye que la intervención educativa grupal en los pacientes diabéticos de tipo 2 evidenció mejorías en el nivel de conocimientos sobre la enfermedad.

Andino y Figueroa (2010) realizó un estudio en Nicaragua titulado: “Conocimientos y prácticas del autocuidado que tienen los pacientes con diabetes I y II asistentes al programa de dispensarizado”, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos y prácticas del autocuidado que tienen los pacientes. La metodología estuvo centrada en un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, tipo descriptivo, de corte transversal, cuya muestra estuvo constituida por 93 pacientes asistentes al programa de dispensarizados del Centro de Salud Perla María Nororis. La recolección de datos se realizó por medio de la aplicación de la encuesta para valorar el nivel de conocimientos y prácticas del autocuidado. Los resultados relacionados al nivel de conocimientos reportaron que el 59% de los pacientes entrevistados definen la diabetes como azúcar en la sangre, el 67% desconoce el tipo de diabetes que padece y el 60% refiere que los signos y síntomas más comunes de la diabetes son: el exceso de orina, mucha sed y fatiga. Con relación a las prácticas de autocuidado, el 74% de los pacientes

refieren cumplir con el tratamiento indicado, el 62% consume azúcar en los refrescos evidenciando que los pacientes no practican hábitos alimenticios saludables y el 97% tiene un correcto cuidado de sus pies, concluyendo que los pacientes tienen conocimiento sobre su enfermedad; sin embargo, no aplican esos conocimientos, ya que presentan de una a más complicaciones causadas por la enfermedad.

## **2. Marco teórico**

### **2.1 Diabetes Mellitus.**

#### **2.1.1 Definición.**

Bádenas (2016) menciona que la etimología de la palabra diabetes mellitus proviene del latín y griego que significa “gasto del azúcar”.

Guzmán y Acosta (2001) la diabetes es una enfermedad metabólica citada por (Inguil & Lopez, 2015) de condición crónica que ocurre cuando el organismo produce insuficiente insulina o no puede utilizarla (International Diabetes Federation, 2015) y se identifica por hiperglucemia con disturbios en la asimilación de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina, como la disminución de la utilización de la glucosa. Implica, además, interacción genética y factores ambientales, con daño en un periodo de tiempo, resultando disfunción y falla orgánica (Mendieta & Zavala, 2016).

Según la International Diabetes Federation (2015) el páncreas cumple una función de producir la insulina debido a que la glucosa necesita ser transportada al interior de las células del organismo en donde será usada como energía. La insuficiencia de la insulina en las pacientes con diabetes hace que la glucosa

no sea aprovechada adecuadamente por el organismo causando la hiperglucemia y como consecuencia daña a muchos tejidos del cuerpo. Dando lugar al desarrollo de complicaciones para la salud que pueden ser incapacitantes y poner en peligro la vida del paciente. Los valores normales son de 70 a 110 mg/dL en ayunas, y menor a 140 mg/dL posterior al consumo de alimentos (International Diabetes Federation, 2015; Laime, 2014).

### **2.1.2 Tipos de Diabetes Mellitus.**

Los tipos más comunes de diabetes mellitus según la Organización Mundial de la Salud (2016) son:

#### *2.1.2.1 Diabetes de tipo 1.*

Se caracteriza por un proceso auto inmune donde existen anticuerpos que atacan a las células del páncreas que producen insulina; por ende, la destrucción progresiva de estas células limitan la capacidad de producción de insulina requiriendo la administración diaria de esta hormona (Reyes, Morales & Mandrigal, 2009).

Según Smeltzer, Bare, Hinkle y Cheveer (2012), los componentes genéticos inmunitarios, los factores ambientales, como virus o toxinas, pueden iniciar la destrucción de las células beta y la susceptibilidad genética contribuye a la aparición de este tipo de diabetes. Se hallan bajo investigación, además, esa tendencia genética se encuentra en personas con ciertos tipos de antígenos leucocitarios humanos (HLA). Se produce por una reacción anormal en la cual se dirigen anticuerpos a los tejidos normales del cuerpo, respondiendo a estos como si fueran extraños. Por otro lado, cuando la glucosa en sangre sobrepasa el umbral renal del carbohidrato, aproximadamente de 180 a 200mg/dl (9,9 a

11.1mmol/l), aparece la glucosuria, debido a que los riñones no reabsorben toda la glucosa; asimismo, cuando se elimina excesivamente la glucosa en la orina, se presenta una pérdida significativa de líquidos y electrolitos, denominada diuresis osmótica. La insulina inhibe en condiciones normales la glucogenólisis y la gluconeogénesis, procesos que ocurren sin oposición en personas con deficiencia de insulina favoreciendo aún más a la hiperglucemia. Además, se presenta el efecto de una mayor producción de cuerpos cetónicos, que son los productos derivados de la degradación de las grasas.

King (2016) menciona que la deficiencia de insulina es la causal de los trastornos metabólicos asociados con la Diabetes Mellitus Insulinodependiente (IDDM); además, la falta de la secreción de insulina conlleva a un inadecuado funcionamiento de las células alfa del páncreas. En los pacientes insulino dependiente la secreción de glucagón no es suprimida por la hiperglicemia ya que los niveles elevados de glucagón empeoran los trastornos metabólicos ya existentes ocasionados por la deficiencia de insulina, como consecuencia, aparece la cetoacidosis diabética. La administración de somatostatina se da con el fin de inhibir la secreción de glucagón; sin embargo, esta también suprime los niveles de glucosa y los cuerpos cetónicos. Asimismo, la deficiencia de la insulina se da por un aumento en los niveles de ácidos grasos libres en la sangre, debido a que existe una lipólisis incontrolada; además, inhiben el metabolismo de la glucosa en los tejidos periféricos dificultando la acción de la insulina. La deficiencia de insulina, disminuye el reconocimiento de insulina en los tejidos como la glucocinasa en el hígado y el GLUT 4, un tipo de transportador de glucosa en el tejido adiposo.

### *2.1.2.2 Diabetes de tipo 2.*

Es una enfermedad prevalente que se define por la resistencia a la insulina, donde el cuerpo es capaz de generar insulina pero se vuelve resistente a ella, de modo que la insulina es ineficaz (International Diabetes Federation, 2015). La causa principal es el peso corporal excesivo y por insuficiente actividad física (Casal & Fernandez, 2014; Ministerio de la Salud, 2016); en la actualidad, se presenta con un incremento en la tasa de morbilidad, lo que implica un gasto elevado en los recursos sanitarios; además, tiene mayor prevalencia en la etapa adulta. Habitualmente se ve que los adultos son los que padecen de esta enfermedad sin embargo, actualmente más en niños y adolescentes.

Seguidamente, dentro de las causas que pueden desencadenar la aparición de diabetes de tipo 2, aproximadamente del 70 a 80% es desconocido, además, se presentan diversos factores tales como la herencia poligénica, obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, antecedentes de la enfermedad, dieta rica en carbohidratos, factores hormonales y el sedentarismo. Por otro lado, los pacientes presentan una deficiencia en las células beta, esto produce un agotamiento celular con una disminución en la liberación y en el almacenamiento de insulina, lo que conlleva a una pérdida de la masa celular por la glucotoxicidad. Sin embargo, cuando la insulina es unida al receptor en las células del músculo, comienza la señalización compleja, que facilita la translocación del transportador GLUT4, el cual está ubicado en la membrana plasmática para que pueda realizar su función de poder transportar la glucosa dentro de la célula (Cervantes & Presno, 2013).

Por otro lado, Curry (2015) muestra que el cuerpo se pone más sensible a los requerimientos de la insulina, lo que se conoce como resistencia a la insulina. Esto hace que las células beta del páncreas produzcan mayor insulina. Asimismo,

las células beta de los pacientes portadores con diabetes de tipo 2 continúan en funcionamiento en la etapa inicial de la enfermedad, a diferencia de aquellos pacientes con diabetes de tipo 1, por lo que se considera a este tipo como la diabetes silenciosa.

### *2.1.2.3 Diabetes gestacional.*

Ocurre debido al aumento de glucosa en sangre de forma temporal y se presenta por una insuficiente producción de la insulina dentro de la gestación, y posterior al parto estos niveles de glucosa sanguínea vuelven a sus parámetros normales, sin embargo, existe la posibilidad de que las mujeres en el futuro puedan adquirir diabetes del tipo 2 (Huerta & Tusié, 2016; Ministerio de la Salud, 2016).

La causa para que se produzca la diabetes durante el periodo de la gestación es por la resistencia progresiva a la insulina. Esta pierde efecto conforme la gestación progresa, estos efectos son debidos a la destrucción de la hormona por el riñón y por acción de las insulinasas placentarias; además, el lactógeno placentario, el cortisol y la prolactina, cuyo aumento progresivo es en la segunda mitad del embarazo, es la que determina la existencia a la resistencia a la insulina. A diferencia del inicio de la gestación, la concentración de insulina aumenta y mantiene su actividad debido a que se presenta una hiperplasia de las células beta provocada por la elevación en la concentración de esteroides placentarios (Esquivel, 2012).

La diabetes gestacional que no es tratada puede traer consecuencias para el feto; si bien la insulina no cruza la barrera placentaria, la glucosa y otros nutrientes sí, esto hace que el feto tenga un alto nivel de glucosa y que su

páncreas produzca más insulina para poder eliminar la glucosa en la sangre; además, la energía adicional lo almacena como grasa. Por tal motivo, se presenta una macrosomía, corren el riesgo de tener problemas respiratorios y presentar diabetes de tipo 2 en la adultez (American Diabetes Association, 2013).

### **2.1.3 Signos y síntomas.**

Según la Federación Internacional de Diabetes (2013), Merchán (2014) Ministerio de Salud (2014) mencionan que las manifestaciones clínicas más frecuentes que se evidencian en la enfermedad son:

#### *2.1.3.1 Poliuria.*

Es el exceso de glucosa que atraviesa el filtro renal aumentando la capacidad del epitelio renal para su reabsorción, siendo desechado a través de la orina. La capacidad máxima de los riñones para reabsorber la glucosa es de 320 mg, valor que por encima de éste se elimina como glucosuria (Grimaldi, 2012).

#### *2.1.3.2 Polidipsia.*

Es consecuencia de la poliuria; la deshidratación produce sequedad de la piel y mucosas, provocando la necesidad de ingerir mayor cantidad de líquido (Lumbreras & Amil, 2014).

#### *2.1.3.3 Polifagia.*

La carencia de la insulina hace que los nutrientes no sean aprovechadas adecuadamente por el organismo, eso hace que el cuerpo tenga la necesidad de hambre (Mendieta & Zavala, 2016).

#### *2.1.3.4 Pérdida de peso.*

La pérdida de peso en los pacientes diabéticos se da por la carencia de insulina por lo que solo se puede recuperar con tratamiento adecuado y una alimentación balanceada (Trujillo, 2015).

#### **2.1.4 Factores de riesgo.**

Organización Mundial de la Salud (2012) refiere que el factor de riesgo es una característica o exposición de un de una persona aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

##### *2.1.4.1 Factores de riesgo no modificables.*

Dentro de los no modificables según Palacios et al., (2012) se encuentran:

##### *Edad y sexo.*

La diabetes es una enfermedad que ataca de preferencia a las personas adultas a partir de los 45 años de edad, no obstante en los últimos años la aparición de esta enfermedad se ha evidenciado en adultos jóvenes y adolescentes, presentado mayor número de casos en mujeres con esta enfermedad.

##### *Raza e historia familiar.*

La DM2 definitivamente se acompaña de una gran predisposición genética; las personas que tienen padres con esta enfermedad tienen un 70% de posibilidad de desarrollarla, debido a que existe una disfunción de la célula beta. Asimismo, existen grupos étnicos que tienen mayor riesgo de desarrollar DM2, como los grupos indígenas en Norte América, islas pacíficos y Australia donde la prevalencia alcanza hasta un 20 a 30%.

*Antecedentes de diabetes gestacional y síndrome de ovarios poliquísticos (SOP).*

Las mujeres con historiales de diabetes gestacional tienen mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad. Por otro lado, el SOP se caracteriza por alteración en la secreción de las hormonas, alterando la glucosa y el metabolismo de los lípidos, causando una resistencia a la insulina.

#### *2.1.4.2 Factores de riesgo modificables.*

Según Ezkurra (2016) los siguientes factores modificables:

##### *Obesidad y sobrepeso.*

Las personas que tienen exceso de peso por falta de actividad física, también por consumo de bebidas azucaradas, alimentos altos en grasa e insuficiente fibra alimenticia vegetal tienen un alto riesgo de padecer la diabetes mellitus tipo 2.

##### *Sedentarismo.*

Esto “reduce el gasto de energía y promueve el aumento de peso, lo que eleva el riesgo de DM2. Las conductas sedentarias se asocian con el desarrollo de obesidad y DM”.

##### *Patrones dietéticos.*

Insuficiente consumo de alimentos nutricionales, como carnes rojas, productos lácteos altos en grasa y alimentos con alto contenido de azúcar, aumentan la probabilidad de padecer diabetes mellitus.

##### *Tabaquismo.*

Fumar tabaco se asocia a riesgo de DM2; mayor tiempo y consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de padecer diabetes Mellitus.

### **2.1.5 Diagnóstico.**

Según, Ministerio de Salud (2014), en el Perú se aplican los siguientes criterios para el diagnóstico:

Glucemia en ayunas igual o mayor a 126 mg/dl, con mínimo de 8 horas sin ingesta de alimentos.

Se considera hiperglucemia, crisis hiperglucémica ó una glucemia casual cuando los valores son igual o mayor de 200 mg/dl en cualquier momento del día.

Glucemia medida cuando los valores son igual o mayor de 200 mg/dl dos horas después de una ingesta oral de 75gr de glucosa.

La tolerancia de glucosa es medida dos horas después de una ingesta de 75 gramos de glucosa diluida en 300ml de agua en un periodo de 5 min (Ministerio de Salud, 2015). Con las siguientes consideraciones:

Consideraciones:

- Evitando ingesta de alimentos de 8-14 horas sin considerar la ingesta de agua.
- Continuar la dieta habitual, sin restricciones, excepto que el día anterior debe ingerir 30 a 50 gr de hidratos de carbono adicional a su dieta habitual.
- Continuar con la rutina de actividad física evitando cambios en los tres días previos.
- Mientras se realiza la prueba evitar consumo de cigarrillos asimismo, de preferencia no debe presentar infecciones.

- No debe administrarse ningún tipo de medicamento, debido a que puede alterar los valores de la glucosa, antes de las 12 horas de la prueba.
- Esta prueba dará un falso positivo en personas con VIH que están recibiendo tratamiento.

### **2.1.6 Complicaciones.**

Se define la complicación como el “agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado” (Clínica Universidad de Navarra, 2015).

El inadecuado manejo de la enfermedad provoca complicaciones que afectan a distintos órganos del cuerpo y pueden provocar la muerte en los pacientes portadores de esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Un adecuado control metabólico previene una serie de complicaciones tales como la hipoglucemia e hiperglucemia, la cual puede presentarse como cetoacidosis diabética o como el síndrome hiperosmolar no cetónico; seguidamente, se encuentran las complicaciones crónicas, las que se dividen en microvasculares y macrovasculares respectivamente (Miladinova, 2012; Villareal, Briceño & Paoli, 2014).

### *2.1.6.1 Complicaciones agudas.*

#### *Hipoglicemia.*

La American Diabetes Association (2015) define la hipoglicemia como “una condición que se caracteriza por niveles bajos de glucosa en la sangre, menos de 70 mg/dl”.

Los síntomas de la hipoglicemia se presentan en dos fases, la primera es la neurogénica, la que aparece por una descarga de adrenalina y noradrenalina, en donde se presenta temblor, palidez, diaforesis, excitación, palpitations y puede producir un aumento de la presión. La segunda fase es la glucopénica, la que se presenta por una disminución del aporte de glucosa al cerebro, dando pase a que el paciente experimente cefalea, hipotonía, dificultad para la concentración, confusión mental, labilidad emocional, visión borrosa, estupor, coma, siendo estos algunos de las manifestaciones de este cuadro (Ramírez et al., 2016).

Franch, Lloveras y Piulats (2016) exponen que un error en la administración de los antidiabéticos, retraso en el horario de los alimentos o un excesivo ejercicio físico sin las precauciones debidas, puede desencadenar una hipoglicemia.

#### *Hiper glucemia.*

Se define como los “altos niveles de azúcar en la sangre”, el que aparece cuando el cuerpo no dispone de la cantidad suficiente de insulina o una escasa producción de la misma. Asimismo, si no se revierte este cuadro, pueden llegar otras complicaciones desencadenadas por este estado, tales como la cetoacidosis y el síndrome hiperosmolar (American Diabetes Association, 2015).

En tanto, Arroyo y Quiróz (2016) sostienen que la cetoacidosis diabética (CAD) y estado hiperglicémico hiperosmolar (EHH) son las complicaciones más severas

que presenta la enfermedad. La cetonemia y la acidosis es la característica principal de la cetoacidosis metabólica, mientras que la hiperosmolaridad sérica y la deshidratación son del estado hiperglicémico hiperosmolar. Dentro de las alteraciones de estos estados, existe una falta total o relativa de la insulina que produce hiperglicemia y lipólisis descontrolada con cetogénesis subsecuente, evidenciándose una deshidratación progresiva producida por una pérdida de electrolitos, secundario a la glucosuria; además, la diuresis osmótica conlleva a una hipovolemia debido a que hay una disminución de la tasa de filtración glomerular.

Además, existen situaciones en la cual aparece la cetosis sin que exista hiperglucemia, esto ocurre cuando el paciente realiza un ayuno prolongado, cuando hay presencia de vómitos, diarreas, infecciones, etc., en la se requiere un aporte de carbohidratos y líquidos (Franch et al., 2016).

Por otro lado, Ríos (2013) menciona que los pacientes con HHS suelen tener un  $\text{pH} > 7.30$ , el bicarbonato  $> 20 \text{ mEq/L}$ , cuerpos cetónicos negativos en el plasma y orina.

#### *2.1.6.2 Complicaciones crónicas.*

##### *Complicaciones microvasculares.*

Estas causan la retinopatía, nefropatía diabética y la neuropatía. Estas afectan a las vénulas, arteriolas y capilares, causando incremento de la membrana basal capilar y de las células endoteliales produciendo trombosis y degradamiento de los pericitos. La retinopatía diabética es una alteración con compromiso ocular, que se presenta por un incremento de sorbitol, causado por la hiperglucemia, produciendo un incremento de la membrana basal endotelial y la pérdida de los

pericitos, afectando a la retina además, la membrana basal presentará un incremento en la permeabilidad, lo que facilitará la extravasación intravascular al espacio intersticial (Miladinova, 2012).

En tanto, otra de las complicaciones a nivel microvascular, es la nefropatía diabética, desconociéndose a ciencia cierta su causa principal, sin embargo, conlleva progresivamente a la insuficiencia renal terminal, principal causal del trasplante de riñón y representando al 30% del total de diálisis. Asimismo, el glomérulo es el encargado de filtrar la sangre selectivamente, eliminando por la orina sustancias inutilizables para el organismo, sin embargo, en la nefropatía se evidencia un incremento en el volumen glomerular, disminuyendo la contracción de la célula mesangial, provocando vasoconstricción debido a la angiotensina II y posteriormente una hipertensión glomerular dando pase al daño renal. Dentro de esta complicación, se describen cuatro tipos de lesiones glomerulares: “glomeruloesclerosis nodular, glomeruloesclerosis difusa, gota capsular y Fibrin – cap (gorro de fibrina)”, siendo el cuadro clínico de acuerdo con el tipo de afectación glomerular que presente el paciente (Navarro, Mora, Górriz & Martínez, 2016).

La neuropatía diabética se da por una afectación a los nervios debido a la hiperglucemia. El cual compromete el adecuado metabolismo del sorbitol, de los polioles, de la fructosa y las hexosaminas, reduciendo la densidad de la fibra nerviosa, generando un deterioro en la velocidad de la conducción. Si no existe un control adecuado para esta complicación, el paciente puede llegar a desencadenar el pie diabético, uno de los principales causales de la amputación de los miembros inferiores.

### *Complicaciones Macrovasculares.*

Aterosclerosis prematura; esta complicación puede ser causada por presencia por elevados niveles de insulina, triglicéridos en sangre y HDL bajo, debido a oxidación de las lipoproteínas, lo cual incrementa la proliferación del músculo liso subendotelial en la pared arterial (Miladinova, 2012).

#### **2.1.7 Tratamiento.**

##### *2.1.7.1 Tratamiento no farmacológico.*

El Ministerio de Salud (2016) presenta que los pacientes recientemente diagnosticados con diabetes según el criterio médico debe iniciar con una modificación de su estilo de vida por tres a cuatro meses antes de la terapia farmacológica, luego de ello requiere un control para establecer si han alcanzado los niveles normales durante el periodo requerido, continuando con los cambios y evaluaciones cada tres a seis meses.

Reyes, Pérez, Alfonso, Ramírez y Jiménez (2016) confirman que los cambios en el estilo de vida en la alimentación, actividad física es la mejor forma de prevenir las enfermedades metabólicas y combatir las enfermedades metabólicas dentro de las cuales se encuentra la diabetes.

##### *2.1.7.2 Tratamiento farmacológico.*

El tratamiento de inicio al ser diagnosticada la enfermedad, está basado en medicamentos orales de primera línea, tales como la metformina o glibenclamida; además, el paciente debe ser educado por el personal calificado de salud, debido a que el paciente tiene un riesgo de presentar reacciones adversas, y, posterior a una reevaluación, necesitar cambio de esquema terapéutico (Ministerio de la Salud, 2016).

Asimismo, la aplicación de insulina se inicia cuando el paciente no obtiene un control adecuado de la glucemia a pesar de utilizar dos o más fármacos hipoglucemiantes orales en dosis máximas. Además, si existe una sospecha de un déficit grave de insulina, se debe identificar el tipo de diabetes en primera instancia, ya sea del tipo 1, autoinmune latente del adulto o secundaria a enfermedad pancreática, posteriormente iniciar inmediatamente la insulinización (Alonso et al., 2016).

## **2.2 Autocuidado.**

El autocuidado es un conjunto de acciones de las buenas prácticas que los pacientes adquieren en beneficio de su salud, acto que realiza sin la supervisión de un personal capacitado (Trujillo, 2015). Asimismo, es una habilidad que previene las enfermedades logrando una conducta positiva y favoreciendo a un estilo de vida saludable (Hernández, 2011). También el autocuidado favorece a la reducción de costos en salud, disminución de la morbilidad hospitalarias y de las consultas de urgencia (Romero, Dos Santos, Aparecida, & Zanetti, 2010).

La OMS en 1998 que el autocuidado es el conjunto de actividades esenciales para la gestión de las enfermedades crónicas, que son orientadas para el cuidado de uno mismo para prevenir las complicaciones evitables, mientras se mantiene o mejora la calidad de vida (V. González, Salas, Mena, & Gimeno, 2012).

Las personas que padecen de diabetes requieren de un control establecido de un régimen de autocuidado que ayude a controlar su enfermedad o disminuir las complicaciones siendo necesario la participación activa de los pacientes en un programa educativo donde adquiere mayor nivel de conocimiento, habilidades y motivaciones para poder tener un óptimo autocuidado, ya a mayor conocimiento

tiene mayor probabilidad de manejo de su propio cuidado Castro, Pérez, & Salcedo ( 2017). Por otro lado Hevia (2016) menciona que brindar educación sobre el autocuidado a los pacientes con diabetes una forma de prevenir el aumento de las complicaciones y mejorar su estilo de vida.

El estilo de vida saludable se define como conjunto de procesos sociales, costumbres, prácticas y comportamientos que el individuo adopta para mejorar su salud integral, la cual redundará en bienestar, asimismo, ayuda a determinar la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para mejorar la calidad de vida (Wong, 2012).

### **2.2.1 Cuidado dietético.**

El cuidado dietético es la forma de seleccionar los alimentos de buena calidad que proporcionen nutrientes que requiere el organismo para mantener una salud óptima. Para ello, la dieta depende de otros factores o condiciones como la cultura, la disponibilidad estacional de los alimentos y los gustos específicos de cada persona (Hernandez, 2008).

Una alimentación adecuada es el pilar fundamental para un estricto control metabólico, debido a que con una buena alimentación se puede disminuir el avance de la enfermedad. La dieta debe estar compuesta de frutas y vegetales frescos, cereales integrales, semillas y frutos secos, puesto que contienen en su mayoría fitonutrientes y otras sustancias con propiedades antioxidantes (González, Cardentey & Casas, 2015).

El paciente portador de diabetes requiere de un adecuado plan de alimentación, siendo uno de los pilares fundamentales para el cuidado y manejo exitoso de su patología. El paciente debe ser orientado y educado con el fin

mejorar la adherencia a las indicaciones nutricionales (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Por otro lado, el paciente requiere un plan de alimentación adecuado para el cuidado y manejo eficaz de su patología. El objetivo es lograr y mantener un peso corporal normal, y la glucosa dentro de sus parámetros normales, reduciendo el riesgo de complicaciones (Díaz & Riffo, 2012).

Asimismo, menciona las siguientes características del plan de alimentación, deben ser considerados:

Personalizado y adaptado a cada paciente: Cada paciente debe recibir indicaciones para su cuidado alimenticio según su edad, estado metabólico, actividad física, enfermedades intercurrentes, factores de estilo de vida, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.

Fraccionado: La alimentación debe ser según los horarios establecidos, ya que así reducen las alzas glicémicas postprandiales.

Debe contener fibra: El consumo de fibra mejora el control glicémico y sensibilidad a la insulina, promoviendo la disminución de los lípidos sanguíneos.

Moderar el consumo de sal: Se restringe cuando hay enfermedades asociadas como hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca o renal.

No es recomendable el consumo de alcohol de manera habitual.

### **2.2.2 Actividad física.**

Según la Organización Mundial de la Salud (2013) la actividad física es cualquier movimiento corporal que exige gasto de energía; la cual controla y mejora el nivel glucemia, además, contribuye a la regulación del peso y mejora el

bienestar físico. Las personas portadoras de la enfermedad deben realizar al menos 150 min/semana, este debe ser con una intensidad moderada, con un mínimo de tres veces a la semana (Iglesias, Barutell, Artola & Serrano, 2014). Asimismo, contribuye para el tratamiento de la diabetes, porque disminuye los riesgos cardiovasculares, metabólicos, antropométricos y psicosociales (Márquez, Ramón & Márquez, 2012).

Por otro lado Flores & Valencia (2014) la actividad física ayuda a mantener un mejor control metabólico disminuyendo así las concentraciones (basales y postprandiales) de glucosa; mantiene el peso corporal óptimo; reduce los factores de riesgo cardiovascular al mejorar el perfil lipídico y la presión arterial; aumenta la fuerza y flexibilidad y mejora la sensación de bienestar y la calidad de vida de la persona.

### **2.2.3 Control médico.**

El control médico en la atención de la diabetes mellitus, comprende aquellos conocimientos que al ser utilizados mediante las habilidades del pensamiento generan destrezas y apego en la resolución de problemas que incluyen la prevención, detección temprana de complicaciones (Rullan, Avalo & Priego, 2014).

### **2.2.4 Tratamiento farmacológico.**

Es primordial que las enfermeras brinden educación a pacientes con diabetes para la administración de la insulina y los hipoglucemiantes, ya que la enseñanza conlleva a un mejor control de la enfermedad, disminuyendo así complicaciones y demostrando el beneficio de los tratamientos (Hevia, 2016).

Asimismo, Freire, Matheus, Estevam, Moreira y Bueno (2012) menciona que los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas son más propensos a la no adhesión al tratamiento es por ello que es importante realizar un programa educativo con el fin de sensibilizar y adopten comportamientos apropiados respetando sus culturas y creencias.

Según López y Narváez (2015), mencionan una serie de fármacos usados con mayor frecuencia en esta patología:

- Biguanidas: como la metformina actúa reduciendo la glucosa en plasma postprandial y basal
- Sulfonilureas: los medicamentos clorpropamida y glibenclamida. Disminuyen la glicemia incrementando la secreción de insulina.
- Meglitinidas, repaglinida y nateglinida. Incrementan la secreción de insulina.
- Inhibidores de glucosidasa. Como la acarbosa. Disminuye principalmente los niveles de glucosa postprandial.
- Tiazolidinediona, como la pioglitazona. Mejora los niveles de insulina en músculo, tejido adiposo e hígado a la insulina.
- Insulina. Tiene una alta efectividad para reducir la glicemia Es el medicamento más efectivo para reducir la glucemia, aunque su mayor complicación es la hipoglucemia.
- Agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1). Como la exenatida son responsables de entre el 50 y el 70% de la secreción posprandial de insulina.

- Agonistas de amilina. Como la pramlintida. Disminuye la producción del glucagon dependiente de la glucosa.

### **2.2.5 Cuidado del pie diabético.**

Los pacientes que padecen de diabetes mellitus están propensos a sufrir heridas en los miembros inferiores debido a la mala circulación de la sangre y a las lesiones de los nervios, que son resultado de los altos niveles de glucosa en la sangre. Para ayudar a prevenir es importante la educación sobre el autocuidado en los pacientes y familiares (Beltrán, Fernández, Giglio, Biagini & Morales, 2001)

pacientes portadores de la enfermedad deben realizarse mínimo una evaluación anual; asimismo, se debe tener en cuenta, la “identificación de los factores de riesgo, lo que permite predecir la probabilidad de úlceras y/o amputaciones, la identificación de las prácticas del cuidado de los pies, la inspección general de la integridad de la piel e identificación de deformidades músculo – esqueléticas y la evaluación vascular, la que incluye evaluación de los pulsos pedios” (Ministerio de Salud, 2014).

- Estas son las recomendaciones según Ministerio de Salud (2016) para el cuidado adecuado de los pies:
- Inspeccionar los pies diariamente: explorar en busca de manchas rojas, infección, inflamación o áreas que parezcan inusuales.
- Lavar e hidratar los pies diariamente: se debe secar los pies con una toalla limpia y aplicar crema hidratante o loción que no contenga alcohol, yodo o agua oxigenada.

- Cortar las uñas con regularidad: se recomienda cortarlo de forma recta, para evitar alguna laceración en la zona.
- Evitar caminar descalzo: el uso de zapatos puntiagudos o de taco alto, podrían lesionar los pies, por tal motivo, la recomendación es usar zapatos de horma ancha, de preferencia tipo zapatillas.
- Evitar dificultar la circulación sanguínea: evitar cruzar las piernas, usar medias apretadas o ropa ajustada., además, es importante elegir medias de algodón o lana con un elástico que no presione las piernas.
- Realizar una evaluación médica de los pies: esto se debe realizar por una vez al como mínimo, esto es para para valorar los pulsos, la sensibilidad y la apariencia de los pies.

### **2.3 Conocimientos.**

Reyes y Rentería (2013) mencionan que el conocimiento humano es “la tenencia de información precisa que justifica la comprensión y las creencias sobre el universo y cualquier cosa, idea o concepto que reside dentro de ella; esto incluye la comprensión de fenómenos materiales y no materiales, las características de estos fenómenos y sus relaciones”. Según Kaplan, 1964 citado por Hernández (2011) el conocimiento es una información esencial adquirida de diferentes maneras, que se interioriza y usa para dirigir las acciones de una persona.

Además, Mendieta y Zavala (2016) definen como los “niveles de información que un individuo tiene acerca de una materia que implica datos concretos sobre

los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada”.

### **2.3.1 Conocimiento del autocuidado.**

Es el conjunto de conocimientos adquiridos sobre el cuidado de la persona misma para mantener o mejorar la salud (Andino & Figueroa, 2010). La educación es parte fundamental del autocuidado en enfermería; ya que mediante ella, se informa, motiva y fortalece los conocimientos de los pacientes y familia. Esto origina la efectividad de las intervenciones mediante la aceptación de la enfermedad y cumplimiento de autocuidado en el paciente para mantener en equilibrio su salud (Cabrera, Motta, Rodríguez, & Velásquez, 2010).

### **2.3.2 Elementos que intervienen en el conocimiento.**

#### *Sujeto cognoscente.*

El sujeto es aquella persona consciente de la realidad y que tiene la capacidad de captar y aprender todas las cualidades que presenta el objeto; además, está condicionado por factores de carácter sociológico, histórico, cultural y práctico (Chávez, 2012).

#### *Objeto.*

Es todo aquello que se pretende conocer y cuyas características son aprendidas por el sujeto (Centty, 2010).

#### *Representante.*

Es la idea o concepto que el sujeto trata de reproducir en su mente de lo que ve en el exterior (Universidad América Latina, 2010).

La relación e interacción del sujeto cognoscente y el objetivo dan como resultado el conocimiento; por medio de este, el ser humano explica los fenómenos ya sea del interior a nivel psicológico y biológico o a nivel social en las relaciones con los demás (Mouriño, Espinosa & Moreno, 2015).

### **2.3.3 Tipos de conocimiento.**

- Conocimiento vulgar. Es aquel que es adquirido espontáneamente y limitado por la observación (Albornoz, 2006).
- Conocimiento científico. Es aquel que requiere una preparación especial, además de ser selectivo, metódico, explicativo, analítico y objetivo (Chávez, 2012).

Conocimiento filosófico. Es aquel que proviene de la reflexión, es un conocimiento que se analiza y los corrobora en la práctica humana (Chávez, 2012).

### **2.4 Prácticas.**

Las prácticas son de autocuidado son “actividades que las personas realizan, para su propio beneficio y lograr el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable y un continuo desarrollo personal y de bienestar” M. Flores, Garza, & Hernández (2015). Asimismo, se convierte en un aspecto esencial en la vida de los pacientes con diabetes cuyas actividades de cuidado son decisivas en el mejoramiento de la salud (Contreras, Contreras, Hernández, Castro & Navarro, 2013).

### **2.4.1 Prácticas de autocuidado.**

Las prácticas de autocuidado se definen como aquellos factores intrínsecos o extrínsecos al individuo, que influyen, condicionan o determinan las acciones de cuidado. Los factores se agrupan en tres categorías, siendo estos: factores que describen al individuo, tales como la edad, sexo y estado de desarrollo; factores socioculturales y familiares, tales como la orientación sociocultural y factores del sistema familiar; y los que describen al individuo, tales como el estado de salud, factores del sistema de cuidado, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad de los recursos Villalobos (2002).

En ese mismo sentido, Sillas y Jordán (2011) define las prácticas de autocuidado como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras o en proceso de maduración, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas e intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano, asimismo, para realizar adecuadas prácticas de autocuidado, se requiere de conocimiento, habilidad y motivación, que pueden desarrollarse a lo largo de la vida y con el apoyo del personal de salud, además, se necesita de varios elementos llamados factores condicionantes básicos (FCB) que son condiciones internas y externas de la persona que van a afectar la cantidad y calidad de cuidados de la persona y las manifestaciones de los requerimientos y la capacidad de autocuidado, entre los que se encuentran: la edad, el sistema familiar, el género, patrón de vida, estado de salud (físico y psicológico) y estado de desarrollo.

Calderon y Rojas (2014) menciona que es fundamental conocer y medir las prácticas de autocuidado autónomas de los pacientes, porque no solo aportan una visión de cómo están estructurados los conocimientos en su patología e

importancia del tratamiento, sino que permiten orientar planes de intervenciones enfatizadas en educación en salud y promoción en los estilos de vida saludable.

Una parte fundamental dentro de la ejecución de prácticas adecuadas de autocuidado es el profesional de enfermería, quien está encargado del cuidado de las personas con diabetes mellitus, además, identifica los factores condicionantes que inciden en la capacidad de autocuidado para poder seleccionar las acciones de ayuda y proporcionar un cuidado holístico que garantice su calidad de vida (Robles, López, Morales, & Palomino, 2014).

Con relación a las habilidades de autocuidado son acciones deliberadas que los pacientes realizan para regular su propio beneficio en su salud y su bienestar (Orem y Taylor, 1996). Las acciones de autocuidado no son innatas sino aprendidas de acuerdo a las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan el modo de vida cultural. Seguidamente el conocimiento es la que determina en gran medida la adopción de prácticas saludables, debido a que permite a la personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludable o de riesgo Flores & Valencia (2014).

## **2.5 Programa educativo: Vida Dulce y Sana.**

### **2.5.1 *Objetivos.***

Mejorar los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III-Huaycán, septiembre-noviembre 2017.

Promover la participación de los pacientes adultos con diabetes mellitus en sesiones educativas sobre el autocuidado desarrolladas en del Centro de Estrategias

Las sesiones educativas se desarrollarán bajo la metodología AMATE, que implican los siguientes pasos: animación, motivación, apropiación, transferencia y evaluación. Estrategia que permitió lograr que los pacientes diabéticos adquieran mayor conocimiento y práctica sobre el autocuidado de manera más sencilla.

De la misma forma, se motivó a los participantes que asisten de manera permanente haciendo uso de reforzadores: premios, canasta de víveres, módulo educativo del programa “Vida dulce y sana”: polos y reconocimientos por la participación del programa. La educación durante las sesiones educativas se realizó haciendo uso de mensajes fuerza, dinámicas, diapositivas y talleres. Asimismo, se desarrollaron sesiones educativas sobre resiliencia, control del estrés, autocontrol y afrontamiento de la enfermedad.

### ***Sesiones educativas y talleres prácticos***

Se desarrolló un módulo educativo que fueron impartidas en 15 sesiones, usando la metodología AMATE.

Sesión 1, 2, 3: Diabetes Mellitus, complicaciones crónicas y complicaciones agudas: En las sesiones se reforzó los conocimientos teóricos de los pacientes sobre; fisiología de la insulina, fisiología del sistema endocrino, fisiopatología de la diabetes, pues se consideró importante que los pacientes fijen conceptos de las funciones del organismo de manera normal y los cambios que se produce cuando se presenta la enfermedad.

Asimismo, se abordó temas como los tipos de diabetes, factores de riesgo modificable y no modificable, signos y síntomas, complicaciones micro y macrovasculares, hipoglucemia e hiperglucemia. La sesión se impartió mediante diapositivas e imágenes llamativas, videos. Para que las sesiones sean más

participativas se motivó a los pacientes a participar en dinámicas como el llenado de crucigramas en grupos, pupiletras y preguntas libres; para la retroalimentación se realizó reflexiones aplicativas a la vida real.

Sesión 4: Importancia del autocuidado: En esta sesión se sensibilizó sobre los conceptos del autocuidado, la importancia del autocuidado, el cuidado dietético, el hábito de la actividad física, adopción del tratamiento farmacológico, control médico y cuidado de los pies mediante diapositivas y talleres que se brindó a los pacientes en las sesiones posteriores para prevenir la aparición de complicaciones causados por la enfermedad diabética y mejorar su bienestar físico.

Sesión 5: Cuidado dietético: Se realizó clases sobre alimentación y nutrición, la importancia de estos cuidados en el hogar. Asimismo, se desarrolló talleres de alimentos que son aptos para consumo de pacientes diabéticos.

Sesión 6: Actividad física: En esta sesión los pacientes aprendieron sobre los conceptos básicos del ejercicio, la importancia en la salud y los diferentes tipos de rutinas que pueden realizar en su casa.

Sesión 7: Adherencia al tratamiento farmacológico: En esta sesión los pacientes aprendieron conceptos teóricos sobre la importancia del tratamiento farmacológico y se desarrolló talleres de la técnica correcta de aplicación de insulina en domicilio.

Sesión 8: Importancia del control médico: Esta sesión desarrolló los beneficios de los diferentes temas desarrollados sobre el autocuidado. Los pacientes aprendieron que ante cualquier situación que se les presente, siempre deben acudir a su médico tratante y asistir a sus controles médicos según programación.

Sesión 9: Prevención del pie diabético: En este taller los participantes aprendieron los conceptos básicos sobre el cuidado de sus pies y se desarrolló talleres prácticos sobre el secado de sus pies, tipo de calzado a usar y la examinación después del baño diario.

Sesión 10, 11, 12, 13 y 14: Autoestima, resiliencia, control del estrés, autocontrol, afrontamiento de la enfermedad: En estas sesiones se desarrolló conceptos sobre el autoestima, resiliencia, autocontrol y afrontamiento a la enfermedad; asimismo, desarrollaron en grupos, donde los pacientes describían sus cualidades y sus debilidades. En cuanto a la resiliencia, se les hizo entrega de diferentes casos de estudio donde cada paciente explicaba cómo afrontaría cada situación con conductas asertivas; de igual forma se desarrollaron diferentes talleres relacionados con el fortalecimiento de las actitudes y cambios de conductas en su salud.

Sesión 15: Retroalimentación: La sesión 15 fue la última sesión donde se abordó un repaso de los temas desarrollados en las sesiones anteriores del programa mediante imágenes, diapositivas y un diálogo con cada uno de los pacientes; así mismo, se realizó la entrega del manual con el resumen de las temáticas tratadas. Finalmente, la sesión incluyó la clausura del programa y toma del pos test.

Atención Primaria III-Huaycán, septiembre-noviembre 2017.

### **2.5.2 Rol del enfermero.**

La enfermería es una disciplina que tiene como uno de sus objetivos educar a los pacientes para su autocuidado(Romero et al., 2010)

Sillas y Jordán ( 2011) mencionan que los profesionales enfermería tienen un rol importante, en la salud comunitaria y hospitalaria, ya que se encargan de brindar educación a los pacientes para que adquieran nuevos comportamientos que ayudan a mejorar y disminuir las complicaciones de la enfermedad.

Castro et al., (2017) señala que es importante señalar que el cuidado de enfermería debe ser continuo y no esporádico, ya que es el único momento donde existe interacción entre la enfermera y el paciente para brindar un conocimiento adecuado sobre sus cuidados.

#### *Diagnóstico de enfermería.*

Diagnóstico, (Código: 00078), dominio1; Promoción de la salud, clase 2; gestión la salud. Gestión ineficaz de la salud es un patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de la salud específicos, con sus características definitorias: decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud, fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria que son relacionadas a los factores como; apoyo social insuficiente, conflicto de decisiones, conocimiento.

En cuanto a los objetivos de NOC en cuanto al autocuidado se consideraron lo siguiente: si los pacientes preparan comida y bebida para ingerir, si tienen seguridad en el hogar, si reconoce los signos y síntomas que indican riesgos y utilizan los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades. En cuanto al NIC, se consideran los siguientes intervenciones: facilitar la autorresponsabilidad, animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios

autocuidados como sea posible, ayudar a identificar las áreas en las que podría asumir fácilmente más responsabilidad; determinar si el paciente tiene conocimiento adecuado acerca del estado de los cuidados de la salud, fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad, ayudar a las personas, familia y comunidades para clasificar las creencias y valores sanitarios, centrarse en beneficios a largo plazo o efectos negativos derivados de incumplimientos, desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia objetivo.

Diagnóstico: Riesgo de nivel de glucemia inestable (000176), Dominio 2: nutrición, clase 4: metabólica, es vulnerable a la variación en los niveles sanguíneos de glucosa/azúcar fuera de rangos normales, que puede comprometer la salud, características que lo definen: conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad, estado de salud física comprometido, estrés excesivo, ingesta diaria insuficiente, no acepta diagnóstico y no adherencia al plan de gestión de la diabetes.

## **2.6 Modelos teóricos.**

### **2.6.1 *Dorothea Elizabeth Orem.***

El autocuidado que promueve la teoría de Dorothea Elizabeth Orem, lo define como “las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades y hacer frente a las complicaciones”. Asimismo, Dorothea Orem presenta su teoría general de la pérdida del autocuidado como una hipótesis compuesta por tres elementos relacionados entre sí, las cuales son: la teoría de

autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería (Naranjo & Concepción, 2016).

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado (Prado, González, Paz & Romero, 2014).

#### *Teoría del autocuidado.*

Dentro de este, el autocuidado está altamente relacionado con las capacidades de autocuidado y con la demanda terapéutica de autocuidado. Cuando las personas realizan acciones voluntarias de autocuidado están haciendo uso de sus capacidades con el fin de satisfacer sus propias demandas de autocuidado (Orem, 1993).

#### *Teoría del déficit de autocuidado.*

Postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por tanto, la relación entre la demanda y la capacidad pueden ser identificadas claramente (Sánchez & Carmona, 2016).

### *Teoría de los Sistemas de Enfermería.*

En esta teoría, de acuerdo a lo señalado y en su concepción más amplia, el rol de enfermería en la sociedad, es contribuir a que los individuos desarrollen y ejerciten sus capacidades de autocuidado al grado que puedan proporcionarse ellos mismos la cantidad y calidad de atención requerida para mantenerse en el estado óptimo de salud posible (Chicaiza & Saeteros, 2016).

Por otro lado, Arias y Ramírez (2013) exponen que el rol de la enfermera está orientado a ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su autocuidado de acuerdo a su enfermedad, o de apoyo/educación, para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, ayudarlos a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad.

Según Naranjo y Concepción (2016), el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón de comprender su estado de salud, y sus conocimientos en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. El autocuidado está influenciado por los factores básicos condicionantes (FBC) los cuales son factores internos y externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado o afectan al tipo y cantidad de autocuidado requeridos son:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.

- Orientación sociocultural.
- Factores del sistema de cuidado de salud, por ejemplo: diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.
- Factores del sistema familiar.
- Patrón de vida. (Incluye las actividades en las que se ocupa regularmente).
- Factores ambientales.
- Disponibilidad y adecuación de los recursos

La teórica Dorothea Orem llama a este conjunto factores condicionantes básicos, que como entidad conceptual se relaciona con las capacidades de autocuidado y el autocuidado, así como con los requisitos de autocuidado derivados de la desviación de la salud (Orem, 1993).

La habilidad para desempeñar el autocuidado es desarrollada durante el curso de la vida diaria, por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, en el período de la madurez de la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y mediante la experiencia de medidas de autocuidado. El autocuidado también es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social, así, la elección de un estilo de vida saludable implica en acciones de autocuidado concreto, tales como la automedicación, el autotratamiento, el apoyo social y el cuidado en situaciones de enfermedad en el ambiente de la persona. Asimismo, el autocuidado es considerado una estrategia eficaz para la reducción de los costos de salud, ya que reduce el número de hospitalizaciones y consultas de urgencia, uso racional

de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente (Arias & Ramírez, 2013).

### **3. Definición de términos.**

#### **3.1 Educación sanitaria.**

Adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir a los pacientes opciones saludables y tener la oportunidad de elegir éstas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud (Organización Mundial de Salud, 2016).

#### **3.2 Prevención.**

Designar las estrategias tendientes a reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad (Universidad de Medellín, 2012).

#### **3.3 Efectividad de un programa.**

Es observar la realidad del programa al comparar el ideal o esencia de una acción, representado por una norma o conjunto de estándares profesionales, con la situación existente o real, además, la efectividad se consigue cuando la relación entre los objetivos iniciales y los resultados finales se hace óptima (Fernández, 2000).

#### **3.4 Adulto.**

Aquella persona que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva y se encuentra entre el período de la adolescencia y la edad adulta mayor. Esta comprende desde los 18 hasta los 64 años respectivamente (Mansilla, 2000).

### **3.5 Centro de Atención Primaria.**

Orientada hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

## Capítulo III

### Materiales y métodos

#### 1. Diseño y tipo de estudio

La presente investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, pues los resultados fueron presentados haciendo uso de las técnicas estadísticas y la prueba de hipótesis (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). El diseño del estudio es cuasi experimental con pre test, post test y grupo control, puesto que se realizó la manipulación de la variable independiente y se realizó la selección de la unidad de análisis por conveniencia de las investigadoras al grupo control y grupo experimental (White & Sabarwal, 2014); es de corte longitudinal debido a que la recolección de datos se realizó en dos momentos específicos, con la finalidad de evidenciar cambios en el grupo experimental y contrastarlo con el grupo control (Müggenburg & Pérez, 2007). El modelo del diseño a seguir es el siguiente:

G <sub>1</sub>	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
G <sub>2</sub>	O <sub>1</sub>	-	O <sub>2</sub>

Donde:

G<sub>1</sub>: Grupo experimental

G<sub>2</sub>: Grupo Control

X: Variable tratamiento (Programa “Vida dulce y sana”)

O<sub>1</sub>: Medición del pre test

O<sub>2</sub>: Medición del post test

## **2. Descripción del lugar de ejecución**

El Centro de Atención Primaria III – Huaycán, es un establecimiento del primer nivel de atención, perteneciente a la Red Desconcentrada Almenara. Se encuentra ubicado en el Distrito de Ate, al este de la Provincia de Lima, a la altura del kilómetro 16.5 de la Carretera Central, entre las faldas de los cerros Fisgón y Huaycán, en el departamento de Lima.

## **3. Población y participantes**

### **3.6 Población.**

La población del estudio estuvo conformada por los pacientes diabéticos atendidos en el Centro de Atención Primaria III – Huaycán, durante los meses de julio 2016 a julio 2017 según el reporte estadístico institucional, haciendo un total de 448 pacientes.

### **3.7 Muestra.**

Después de haberse identificado a la población en base al registro del Centro de Atención Primaria III – Huaycan, las investigadoras seleccionaron dos grupos de pacientes mediante muestreo no probabilístico, atendiendo únicamente a los criterios del investigador y características necesarias que tenían que cumplir los

participantes. El grupo control estuvo conformado por los pacientes con diabetes que pertenecen al Programa Adulto y Adulto Mayor y que tienen asistencia continua a las sesiones programadas; el grupo experimental estuvo formado por los pacientes con diabetes que pertenecen al Programa Adulto y Adulto Mayor y que tienen asistencia esporádica o que dejaron de asistir a las sesiones programadas. El total de participantes en el estudio fue de 54 pacientes, 27 en el grupo experimental y 27 en el grupo control.

### **3.7.1 Criterios de inclusión y exclusión.**

#### *3.7.1.1 Inclusión*

Pacientes con diabetes de ambos sexos registrados en el Programa del Adulto y adulto Mayor, que acuden periódicamente, esporádicamente o no acuden a sus controles.

Pacientes con diabetes edades comprendidas entre 18 y 64 años.

Pacientes que rechazaron participar en la investigación.

#### *3.7.1.2 Exclusión*

Pacientes con diabetes que presentan limitaciones físicas.

Pacientes con diabetes que presentan alteraciones de salud mental.

Gestantes con diabetes.

### **3.7.2 Característica de la muestra**

En la tabla 1 se observa que los 27 participantes del grupo experimental, el 51,9% son del sexo femenino y el 48,1% es de sexo masculino; asimismo, se identificó que el 66,7% tiene una edad entre 46-65 años y el 33,3% entre 17-45 años. Por otro lado, el 48,1% son procedentes de la sierra y el 18,5% de la selva;

un 48,1% es conviviente y solo 7,4% soltero; el 55,6% tiene nivel secundario y el 3,7% no realizó estudios. En cuanto al tiempo de enfermedad el 59,3% tiene mayor a 5 años y solo el 40,7% tiene entre 1 a 5 años. Asimismo, 88,9% tiene diabetes Mellitus de tipo 2 y solo el 11,1% tipo 1.

Con respecto al grupo control, se observa que el 66,7% son del sexo femenino y solo el 33,3% del sexo masculino; asimismo, se identificó que el 85,2% tiene una edad entre 46-65 años y solo el 14,8% edad entre 17-45 años; el 44,4% son procedentes de la sierra y el 22% de la selva, el 63% es conviviente y el 14,8% separado; el 44,4% tiene nivel secundario de estudios y 7,4% no realizó estudios. En cuanto al tiempo de enfermedad, el 63% tiene mayor de 5 años y solo el 37% tiene entre 1 a 5 años, el 96,3% tiene diabetes Mellitus de tipo 2 y el 3,7% tipo 1.

Tabla 1

*Descripción de las variables sociodemográficas de los pacientes diabéticos del grupo experimental y grupo control, del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima 2017*

Variable	Grupo experimental		Grupo control	
	n	%	N	%
Sexo				
Femenino	14	51,9	18	66,7
Masculino	13	48,1	9	33,3
Edad				
17-45	9	33,3	4	14,8
46-65	18	66,7	23	85,2
Lugar de Procedencia				
Costa	9	33,3	9	33,3
Sierra	13	48,1	12	44,4
Selva	5	18,5	6	22,2
Estado Civil				
Soltero	2	7,4		

Casado	8	29,6	6	22,2
Conviviente	13	48,1	17	63,0
Separado	4	14,8	4	14,8
Grado de Instrucción				
Sin estudios	1	3,7	2	7,4
Nivel Primaria	9	33,3	9	33,3
Nivel Secundario	15	55,6	12	44,4
Nivel Superior	2	7,4	4	14,8
Tiempo de Enfermedad				
De 1 a 5 años	11	40,7	10	37,0
Mayor de 5 años	16	59,3	17	63,0
Tipo de Diabetes				
Tipo 1	3	11,1	1	3,7
Tipo 2	24	88,9	26	96,3
Total	27	100	27	100

#### **4. Hipótesis de la investigación**

##### **4.1 Hipótesis general**

Ha: El programa “Vida dulce y sana” es efectivo en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán.

Ho: El programa “Vida dulce y sana” no es efectivo en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán.

##### **4.2 Hipótesis específicas**

Ha: El programa “Vida dulce y sana” es efectivo en los conocimientos de cuidado dietético, actividad física, control médico, tratamiento farmacológico y

cuidado de los pies en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán.

Ho: El programa “Vida dulce y sana” no es efectivo en los conocimientos de cuidado dietético, actividad física, control médico, tratamiento farmacológico y cuidado de los pies en los pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán.

Ha: El programa “Vida dulce y sana” es efectivo en las prácticas del cuidado dietético, actividad física, control médico, tratamiento farmacológico y cuidado de los pies en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán.

Ho: El programa “Vida dulce y sana” no es efectivo en las prácticas del cuidado dietético, actividad física, control médico, tratamiento farmacológico y cuidado de los pies en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán.

## 5. Identificación de variables

### Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Items
Nivel de conocimientos sobre el autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus	Los conocimientos se definen como los niveles de información que un individuo tiene acerca de una materia e implica datos concretos sobre los que	La medición del nivel de conocimiento sobre el autocuidado que evidencian los pacientes con diabetes mellitus fue mediante, el cuestionario “Conocimientos sobre autocuidado” adaptado por las	Generalidades de diabetes mellitus	1. La diabetes es una enfermedad:  2. La diabetes se debe a un mal	La escala de evaluación será mediante respuesta correcta=1 incorrecta=0  1. Crónica que se da por un aumento de azúcar en sangre por alteración del



				son:	sangre.
				10. Se usan los fármacos para la diabetes:	11. Nunca.
				11. Debe recibir doble dosis de su tratamiento habitual cuando:	12. Grasas y carbohidratos (azúcares y harinas)
			Actividad física	12. Los principales alimentos que debe disminuir en su dieta son:	13. Tres veces al día.
				13. El número de comidas que debe consumir diariamente son.	14. Regular los niveles de azúcar en la sangre.
				14. Una dieta con alto contenido en fibra vegetal puede	15. Mal control de la diabetes.
			Cuidado dietético	15. Cuando hay presencia de entumecimiento y hormigueo en los pies, es por.	16. Existe una mala circulación en los pies y puede llegar a producirse lesiones
				16. Debe cuidarse los pies porque:	17. Todos los días
				17. La frecuencia de la actividad física debe	18. 30 minutos al día
					19. Mensualmente y cuando presente alguna molestia

				<p>ser.</p> <p>18. El tiempo de actividad física recomendabl e es.</p> <p>19. Usted debe asistir a su control médico:</p> <p>20. Es importante asistir al control médico</p> <p>21. Lo más importante en el control de la diabetes es</p> <p>22. Realizar el examen de glucosa con hemoglucotest es importante porque.</p>	<p>20. Para llevar un control estricto de la enfermedad y disminuir las complicacione s</p> <p>21. No olvidar el tratamiento, seguir bien la dieta y hacer actividad física de forma regular.</p> <p>22. Conocerá el nivel de azúcar en sangre que tiene en ese momento.</p>
Prácticas de autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus	Las prácticas de autocuidado son las actividades que las personas realizan, para su propio beneficio y lograr el mantenimien to de la vida, un funcionamie nto saludable y un continuo desarrollo personal y de bienestar (flores et al., 2015).	La medición de las prácticas que realizan los pacientes con diabetes fueron evaluadas mediante una guía de observación cuya respuestas fueron dicotómicas y los resultados se presentaron según las siguientes categorías: Adecuadas(17-24), En proceso de mejora (8- 6) Inadecuadas (0-7)			<p>Las respuestas son mediante escala binomial Si y No</p> <p>1. Sigue diariamente un horario regular de comidas (desayuna, almuerzo y cena) a la misma hora</p> <p>2. Come cada vez que tiene hambre sin tener un control estricto</p> <p>3. cuando come tiene en cuenta la cantidad y el contenido de</p>

					<p>sus alimentos</p> <p>4. Evita consumir alimentos que tiene prohibido (azúcares, grasas, comida chatarra)</p> <p>5. Consume diariamente frutas y verduras</p> <p>6. se controla el peso con regularidad cada cierto tiempo</p> <p>7. Realiza caminata mínima tres veces a la semana durante 30 minutos</p> <p>8. Realiza actividad física después de haber ingerido alimentos</p> <p>9. La actividad física lo realiza en compañía de alguien</p> <p>10. Dedicar el mismo tiempo cada vez que realiza actividad física</p> <p>11. Realiza actividad física con la ropa adecuada</p> <p>12. Cumple con su tratamiento de medicamentos a la hora indicada</p> <p>13. Lleva un registro escrito de la</p>
--	--	--	--	--	--

Actividad física

			<p>Tratamiento farmacológico</p>	<p>medicación aplicada</p> <p>14. Según la glucosa que presente, modifica la dosis de su medicación</p> <p>15. Olvida administrarse el medicamento para la diabetes</p> <p>16. si olvida aplicarse su medicación, en la siguiente se administra el doble</p> <p>17. Asiste a su consulta médica cuando lo tiene programado</p> <p>18. Asiste a la consulta de otros profesionales (endocrino, oftalmólogo, podólogo) para controlar la diabetes</p> <p>19. Cuando le surge alguna duda o presenta algún problema con la diabetes consulta con su medico</p> <p>20. Trata de organizar todas sus actividades u obligaciones cotidianas para no faltar a la consulta médica</p> <p>21. Se observa la planta de los</p>
			<p>Control médico</p>	

			Cuidado de los pies		pies diariamente 22. Se lava los pies todos los días con jabón suave y los seca sin friccionar 23. Evita andar descalzo 24. Usa calzado que no sea apretado
--	--	--	---------------------	--	---

## **6. Técnica e instrumento de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos para medir la variable conocimientos de autocuidado fue la encuesta y para la variable prácticas de autocuidado fue la observación. El instrumento está organizado en dos partes, la primera parte del instrumento recopiló información relacionada con las características generales y la segunda parte tuvo ítems que midieron específicamente las variables en mención, las cuales se detallan a continuación:

El test de conocimiento sobre el autocuidado fue adaptado de la autora Laime (2014), cuya validación fue a través del juicio de 7 expertos. El puntaje de la prueba binomial alcanzado fue 0.027, afirmando que el instrumento es válido.

La prueba de confiabilidad, aplicado por la autora, fue a través del alfa de cronbach con un puntaje de 0.63; asimismo, las investigadoras realizaron la prueba de confiabilidad del instrumento utilizando el método Kuder Richardson (KR20) obteniendo un puntaje de 0.80, indicando que el instrumento es de confiabilidad alta. Según Cascaes et al.(2015), el método Kuder Richardson (KR20) se utiliza para medir la consistencia interna de un instrumento cuando se obtienen respuestas dicotómicas. El instrumento adaptado consta de 22 preguntas divididas en las dimensiones de la variable: generalidades de la diabetes (1,2,13,14,15,), tratamiento farmacológico (3,5,19), cuidado dietético (6,8,9,16), cuidado de los pies (7,20), actividad física (10,11,18) y control médico (4,12,17,21,22). Las respuestas fueron evaluadas como correctas e incorrectas y los resultados se presentaron según el sistema vigesimal: Bueno (16 - 20), regular (11 - 15) y bajo (0 - 10).

Para medir las prácticas, se utilizó una guía de observación adaptado de la autora Merchán (2014), cuya validación fue a través del juicio de 14 expertos.

La prueba de confiabilidad aplicado por la autora fue a través del alfa de cronbach con un puntaje de 0.8, quien utilizó una escala de Likert, seguidamente, las investigadoras lo adaptaron con preguntas dicotómicas y realizaron la prueba de confiabilidad del instrumento utilizando el método KR20, obteniendo un puntaje de 0.81, indicando que el instrumento es de confiabilidad alta. El instrumento adaptado consta de 24 preguntas que fueron llenadas por el familiar/acompañante del paciente, quienes recibieron capacitación. Estuvieron divididos en las dimensiones de: cuidado dietético (1,2,3,4,5,6), actividad física (7,8,9,10,11), tratamiento farmacológico (12,13,14,15,16), control médico (17,18,19,20,21) y cuidado de los pies (22,23,24). Las respuestas fueron dicotómicas y los resultados se presentaron según las siguientes categorías de la variable de prácticas sobre el autocuidado: Adecuadas (17 - 24), en proceso de mejora (8 - 16) e inadecuadas (0 - 7).

El proceso de validación del contenido de los instrumentos fue realizado por 5 expertos; además, se utilizó el coeficiente V de Aiken, estadístico que se utiliza para calcular los puntajes del conjunto de jueces con relación a los ítems determinados (Escrura, 1988). Se obtuvo un resultado de 0.92 para el instrumento de conocimientos y 0.92 para el instrumento de práctica, lo que indica que los instrumentos son válidos para su aplicación. Asimismo, se realizó la prueba piloto con 18 pacientes del CAP III – Huaycán, que reunían las mismas características de la muestra del estudio de investigación.

## **7. Proceso de recolección de datos.**

Para la recolección de datos, se solicitó la autorización a los directivos del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, con la finalidad de tener accesibilidad a los registros y datos estadísticos; posteriormente, se coordinó con la jefa del Departamento de Enfermería a quien se le explicó los fines del estudio. La recolección de datos se realizó según la programación con la jefatura del departamento de enfermería.

El test de conocimiento fue aplicado por las investigadoras a los participantes de cada grupo en el primer contacto; además, antes de entregar el instrumento para su llenado, los participantes recibieron información de los objetivos de la investigación y firmaron el consentimiento informado; posterior a la entrega del instrumento, tuvieron un tiempo de 30 minutos en promedio para su llenado. Con respecto al test de las prácticas, las investigadoras tuvieron como aliados a los familiares/acompañantes de los pacientes, quienes recibieron una explicación detallada de los fines de la investigación y de la forma de llenado del instrumento de recolección de datos; este instrumento estuvo en manos del familiar/acompañante por el lapso de una semana para su respectivo llenado; cumplido el tiempo, las investigadoras recibieron los instrumentos de cada familiar/acompañante. Se aplicó el programa “Vida dulce y sana” en el mes de setiembre, octubre y noviembre donde se empleó las 15 sesiones educativas con duración de 1 hora una vez a la semana. Finalmente se repitió el proceso de recolección de datos de la misma manera en que se operó para realizar la primera medición

## **8. Procesamiento y análisis de datos**

Los datos fueron tratados haciendo uso del software IBM SPSS Statistics versión 24; el ingreso de los datos se realizó después de la elaboración de la plantilla en el software, considerando la codificación original de los instrumentos y previo foliado para evitar errores de usuario al momento de ingresar los datos. El criterio de limpieza que se consideró fue la eliminación completa de los casos que presentaron al menos un dato perdido en las variables principales del estudio. Posteriormente, se realizó la prueba Shapiro Wilk para ver si los datos se ajustaban a una distribución normal (ver anexo 3), al ver que los datos violaban los supuestos de normalidad, se procedió a realizar la prueba de hipótesis haciendo uso de estadística no paramétrica. Las pruebas se realizaron en función a las mediciones que se contrastaron: se tomó en cuenta la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas y la U de Man Withney para las muestras independientes, se realizó la aproximación a la distribución Z por tratarse de muestras pequeñas. La prueba de hipótesis se realizó teniendo en cuenta un nivel de significancia del 1%.

## **9. Consideraciones éticas**

Los principios éticos tomados en cuenta para la presente investigación fueron: el principio de totalidad/integridad pues las investigadoras consideran a los pacientes diabéticos como un ser total e integral. En este sentido, asumen la completa responsabilidad científica y ética sobre las actividades que involucre el programa “Vida dulce y sana”.

El principio de respeto a las personas será otro elemento importante a considerar, tomando en cuenta el deber de la no maleficencia (“nadie tiene la obligación moral

de hacer el bien a otro en contra de su voluntad, pero sí está obligado a no hacerle el mal”) y la autonomía a través del consentimiento informado. Finalmente, es importante mencionar al principio de justicia, pues mediante la aplicación del programa se cree que los participantes más involucrados en el programa recibirán mayores beneficios que aquellas personas que no se involucren.

## Capítulo IV

### Resultados y discusión

#### 1. Resultados

Tabla 2

*Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus del grupo control y experimental del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima 2017*

Grupo		Pre test		Post test	
		N	%	N	%
Conocimiento					
Experimental	Bajo	26	96,3	10	37,0
	Regular	1	3,7	14	51,9
	Bueno	0	0	3	11,1
Control	Bajo	19	70,4	17	63,0
	Regular	8	29,6	10	37,0
	Bueno	0	0	0	0
Prácticas					
Experimental	Inadecuadas	24	88,9	16	59,3
	En proceso de mejora	3	11,1	11	40,7
	Adecuadas	0	0	0	0

	Inadecuadas	10	37,0	14	51,9
Control	En proceso de mejora	17	63,0	13	48,1
	Adecuadas	0	0	0	0
Total		27	100	27	100

La tabla 2 muestra que del 100% de los pacientes que conformaron el grupo experimental antes del programa, el 96,3% presentó nivel de conocimientos bajo sobre el autocuidado y el 3,7% nivel regular; después de la aplicación del Programa “Vida dulce y sana”, el 51,9% presentó nivel de conocimientos regular, el 37% bajo y el 11,1% bueno. Con respecto al grupo control, en la primera evaluación, el 70,4% presentó nivel de conocimientos bajo y el 29,6% regular; en la segunda evaluación el 63,0% presentó conocimiento bajo y el 37,0% regular. En cuanto a las prácticas de autocuidado, antes de la aplicación del programa el 88,9% del grupo experimental presentó prácticas inadecuadas y el 11,1% prácticas en proceso de mejora; después de la aplicación del programa, el 59,3% demostró prácticas inadecuadas y el 40,7% prácticas en proceso de mejora. El 63% del grupo control en la primera evaluación presentó prácticas en proceso de mejora y el 37% prácticas inadecuadas; en la segunda evaluación el 51,9% presentó prácticas inadecuadas y el 48,1 en proceso de mejora.

Tabla 3

*Conocimiento sobre el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus en el pre test y post test del grupo control y grupo experimental del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima 2017*

Muestras relacionadas	Pre Test		Pos Test		Prueba de hipótesis		
Grupo Control	M	DS	M	DS	z	P	
<b>Conocimiento</b>	<b>10.889</b>	<b>2.736</b>	<b>10.630</b>	<b>3.224</b>	<b>-0.617</b>	<b>0.537</b>	
Generalidades de la DM	2,444	1,502	2,222	1,476	-0,915	0,360	
C. dietético	2,148	0,818	2,037	0,898	-1,342	0,180	
Actividad física	1,407	0,636	1,185	0,622	-2,121	0,034	
T. farmacológico	1,333	0,961	1,222	0,892	-1,732	0,083	
Control médico	2,444	1,188	2,852	0,985	-2,668	0,008	
C. de los pies	1,111	0,641	1,111	0,751	-0,000	1,000	
Grupo Experimental	M	DS	M	DS	z	P	
Generalidades de la DM	0,815	1,302	3,259	1,130	-4,322	0,000	
C. dietético	1,778	1,086	2,370	1,149	-2,952	0,003	
Actividad física	0,630	0,792	1,593	0,797	-3,862	0,000	
T. farmacológico	0,630	0,565	1,667	0,734	-4,053	0,000	
Control médico	1,074	1,107	2,926	1,591	-4,059	0,000	
C. de los pies	0,889	0,698	1,333	0,679	-3,207	0,001	
<b>Muestras Independientes</b>	<b>Grupo Experimental</b>	<b>DS</b>	<b>Grupo Control</b>	<b>DS</b>	<b>U de mann-whitney</b>	<b>Prueba de hipótesis</b>	<b>de</b>
Pre test	M	DS	M	DS		z	P
Conocimiento	5.815	3.464	10.89	2.74	82.500	-4.900	0.000
Generalidades de	0,815	1,302	2,444	1,502	155,500	-3,772	0,000
C. dietético	1,778	1,086	2,148	0,818	287,000	-1,428	0,153
Actividad física	0,630	0,792	1,407	0,636	172,000	-3,540	0,000
T. farmacológico	0,630	0,565	1,333	0,961	212,500	-2,858	0,004
Control médico	1,074	1,107	2,444	1,188	129,000	-4,229	0,000
C. de los pies	0,889	0,698	1,111	0,641	301,500	-1,213	0,225
Post test							
Generalidades de la DM	3,259	1,130	2,222	1,476	223,500	-2,517	0,012
C. dietético	2,370	1,149	2,037	0,898	299,000	-1,187	0,235
Actividad física	1,593	0,797	1,185	0,622	250,500	-2,187	0,029
T. farmacológico	1,667	0,734	1,222	0,892	260,000	-1,927	0,054
Control médico	2,926	1,591	2,852	0,989	350,000	-0,257	0,797
C. de los pies	1,333	0,679	1,111	0,751	306,000	-1,098	0,272

La tabla 3 muestra que no existe diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento en la primeras y segunda evaluación del grupo control ( $z=-0.617$ ,

p=0.537); tampoco se evidenció, en las dimensiones: cuidado dietético (z=-1,342, p=0.180), actividad física (z=-2,121, p= 0,034), tratamiento farmacológico (z=-1,732, p=0,083) y cuidado de los pies (Z=-0,000, p=1,000); no obstante, se observa diferencia significativa en la dimensión control médico (z=-2,668, p=0,008). En el grupo experimental se evidencia diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento (z=-4,465, p=0,000), y en las dimensiones: cuidado dietético (z=-2,952, p=0,003), actividad física (z=-3,862, p=0,000), tratamiento farmacológico (z=-4,053, p=0,000), control médico (z=-4,059, p=0,000) y cuidado de los pies (z=-3,207, p=0,001). Por otro lado según las muestras independientes, muestra diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos en la primera evaluación del grupo experimental y grupo control evidenciándose puntuaciones medias superiores del grupo control en el conocimiento en general (z=-4.900, p=0.000) y las dimensiones: actividad física (z=-3.540, p=0.000), tratamiento farmacológico (z=-2.858, p=0.004), y control médico (z=-4.229, p=0.000), No se evidencio diferencias significativas en las dimensiones: cuidado dietético (z=-1.428, p=0.153) y cuidados de los pies (z=-1,213, p=0,225). La segunda evaluación realizada en el grupo experimental y control no evidenció diferencias estadísticamente significativas, en el conocimiento (z=-2.615, p=0.009), y las dimensiones: cuidado dietético (z=-1.187, p=0.235), actividad física (z=-2.187, p=0.029), tratamiento farmacológico (z=-1.927, p=0.054), control médico (z=-0.257, p=0.797) y cuidado de los pies (z=-1.098, p=0.272). Se evidenció puntuaciones medias superiores del grupo experimental respecto al grupo control.

Tabla 4

*Prácticas sobre el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus en el pre test y post test del grupo control y grupo experimental del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima 2017*

Muestras relacionadas	Pre Test		Pos Test		Prueba de hipótesis		
	M	DS	M	DS	z	P	
<b>G. Control</b>							
<b>Practica</b>	<b>8.481</b>	<b>2.190</b>	<b>8.111</b>	<b>2.577</b>	<b>-0.621</b>	<b>0.535</b>	
C. dietético	1,926	0,958	2,333	1,144	-1,877	0,060	
Actividad física	0,741	0,859	0,630	0,792	-1,000	0,317	
T. farmacológico	1,704	0,993	1,370	0,884	-2,124	0,034	
Control médico	2,667	0,784	2,185	0,834	-2,919	0,004	
C. de los pies	1,444	0,847	1,593	0,888	-1,265	0,206	
<b>G. Experimental</b>							
<b>Practica</b>	<b>5.518</b>	<b>1.909</b>	<b>8.703</b>	<b>2.893</b>	<b>-4.312</b>	<b>0.000</b>	
C. dietético	1,370	0,742	2,815	1,001	-4,383	0,000	
Actividad física	0,000	0,000	0,852	0,864	-3,630	0,000	
T. farmacológico	1,815	0,786	2,037	0,940	-2,449	0,014	
Control médico	0,519	0,700	0,815	0,921	-2,530	0,011	
C. de los pies	1,815	0,736	2,185	0,786	-2,486	0,013	
<b>Muestras independientes</b>	<i>Grupo Experimental</i>		<i>Grupo Control</i>		U de Mann-Whitney	Prueba de hipótesis	
Pre test	M	DS	M	DS		z	P
<b>Práctica</b>	<b>5.518</b>	<b>1,918</b>	<b>8,482</b>	<b>2,190</b>	<b>118.000</b>	<b>-4.315</b>	<b>0.000</b>
C. dietético	1,370	0,742	1,926	0,958	251,500	-2,114	0,035
Actividad física	0,000	0,000	0,741	0,859	189,000	-4,061	0,000
T. farmacológico	1,815	0,786	1,704	0,993	331,000	-0,626	0,531
Control médico	0,519	0,700	2,667	0,784	23,500	-6,074	0,000
C. de los pies	1,815	0,736	1,444	0,847	277,500	-1,613	0,107
Pos test							
Práctica	8,704	2,893	8,111	2,577	316,500	-0,845	0,398
C. dietético	2,815	1,001	2,3333	1,144	277,000	-1,567	0,117
Actividad física	0,852	0,864	0,630	0,792	312,000	-0,984	0,325
T. farmacológico	2,037	0,940	1,370	0,884	219,000	-2,672	0,008
Control médico	0,815	0,921	2,185	0,834	111,500	-4,527	0,000
C. de los pies	2,185	0,786	1,593	0,888	234,000	-2,382	0,017

La tabla 4 evidencia que no se reportaron diferencias estadísticamente significativas en la medición del pre test y post test del grupo control en la práctica ( $z=-0.621$ ,  $p=0.535$ ) y las dimensiones: cuidado dietético ( $z=-1.877$ ,  $p=0.060$ ), actividad física ( $z=-1.000$ ,  $p=0.317$ ), tratamiento farmacológico ( $z=-2.124$ ,  $p=0.034$ ) y cuidado de los pies ( $Z=-1.265$ ,  $p=0.206$ ), sin embargo, se observa diferencia significativa en la dimensión del control médico ( $z=-2.919$ ,  $p=0.004$ ).

Con respecto a la medición del pre test y post test del grupo experimental, se evidencia diferencias estadísticamente significativas en la práctica ( $z=-4.312$ ,  $p=0.000$ ) y las dimensiones: cuidado dietético ( $z=-4.383$ ,  $p=0.000$ ) y en la actividad física ( $z=-3.630$ ,  $p=0.000$ ), no obstante, no se reportaron diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento farmacológico ( $z=-2.449$ ,  $p=0.014$ ), control médico ( $z=-2.530$ ,  $p=0.011$ ) y cuidado de los pies ( $z=-2.486$ ,  $p=0.013$ ). por otro lado según los resultados por muestras independientes presentan que el grupo experimental y control mostraron diferencias estadísticamente significativas en la primera evaluación en la práctica ( $Z=-4.315$ ,  $p=0.000$ ) y las dimensiones: actividad física ( $z=-4.061$ ,  $p=0.000$ ) y control médico ( $z=-6.074$ ,  $p=0.000$ ); no se reportó diferencias en las dimensiones: cuidado dietético ( $z=-2.114$ ,  $p=0.035$ ), tratamiento farmacológico ( $z=-0.626$ ,  $p=0.531$ ) y cuidado de los pies ( $z=-1.613$ ,  $p=0.107$ ). En la segunda evaluación se evidenció diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones tratamiento farmacológico ( $z=-2.672$ ,  $p=0.008$ ) y en el control médico ( $z=-4.527$ ,  $p=0,000$ ); No se evidenció diferencias en la práctica ( $z=-0.845$ ,  $p=0.398$ ) y las dimensiones: cuidado dietético ( $z=-1.567$ ,  $p=0.117$ ), actividad física ( $z=-0,984$ ,  $p=0.325$ ) y cuidado de los pies ( $z=-2.382$ ,  $p=0.017$ ).

Tabla 5

*Efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas sobre el autocuidado de los pacientes diabéticos del Programa “Vida dulce y sana”, en el Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima 2017*

	N	Media	DS	z	P
<b>Conocimientos</b>					
Muestras relacionadas					
Pre test	27	5.81	3.46	-4.465	0.000
Post test	27	13.15	4.28		
Muestras independientes					
G Experimental	27	13.15	4.285	<b>-2.615</b>	<b>0.009</b>
G control	27	10.63	3.224		
<b>Prácticas</b>					
Muestras relacionadas					
Pre test	27	5,52	1,91	-4,312	0.000
Post test	27	8,70	2,9		
Muestras independientes					
G Experimental	27	8,704	2,893	-0.845	0.398
G control	27	8,111	2,577		

En la tabla 5 se observa que en la prueba para muestras relacionadas existe diferencia significativa entre el pre test (M=5.81 y DS=3.46) y el post test (M=13.15 y DS=4.28) en el grupo experimental; en la prueba para muestras independientes se observa diferencia significativa en el grupo experimental (M=13.15 y DS=4.285) y control (M=10.63 y DS=3.224), con valor de p= 0.000, indicando que el programa es efectivo en los conocimientos. De la misma manera, en las prácticas se observa en el pre test (M=5,52 y DS=1,91) y el post test (M=8,70 y DS=2,9), con un valor de p= 0.000 en el grupo experimental, indicando que si existe diferencia significativa; sin embargo, la prueba para muestras

independientes muestra en el grupo experimental (M=8,704 y DS=2,893) y control (M=8,111 y DS=2,577) con un valor de  $p= 0.0398$ , indicando que el programa “Vida dulce y sana” es parcialmente efectivo en las prácticas de autocuidado de los pacientes adultos con diabetes mellitus.

## **2. Discusión**

La promoción y educación en salud constituye un pilar fundamental dentro del proceso de atención integral; esto debe responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en la sociedad. Así pues, los conocimientos, actitudes y habilidades son importantes para comprender y afrontar las necesidades en salud y los factores relacionados (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003).

El presente estudio, muestra que los conocimientos sobre autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus pertenecientes al grupo experimental, estuvo en un nivel bajo con el 96.3% antes de la ejecución del programa “Vida dulce y sana” y después de aplicar el programa, este resultado mejoró, llegando a un 51.9% con nivel de conocimiento regular. Resultados similares encontró (Deza, 2015), en el estudio: “Efectividad del programa educativo para mejorar el nivel de conocimientos de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo II del Hospital I Florencia de Mora”, Perú, reportando un nivel de conocimientos bajo en un 100% antes de la intervención, y en un 65.7% conocimiento bueno después de la intervención.

En ese mismo sentido, (Cabanillas & Deza, 2016) en el estudio realizado en el Perú: “Efectividad de un programa educativo en el conocimiento sobre el

autocuidado en adultos con diabetes mellitus”, encontraron nivel de conocimiento regular en un 50.0% antes del programa y un nivel de conocimientos bueno en un 100% posterior a la intervención educativa, utilizando como estrategia la difusión sobre la enfermedad y cuatro sesiones educativas para mejorar el nivel de conocimientos de los pacientes, abordando aspectos teóricos y prácticos.

El grupo control en el presente estudio, en la primera evaluación reportó, un 29.6% con nivel de conocimiento regular y un 70.4% un nivel de conocimientos bajo, y en la segunda evaluación, los resultados se mantuvieron similares.

Si bien es cierto, el grupo control inició en mejores condiciones de conocimientos que el grupo experimental, debido probablemente a su asistencia casi regular al programa del Adulto y Adulto Mayor que ofrece el Hospital, donde reciben información sobre el cuidado de la salud en general, en la evaluación final no se evidenciaron cambios positivos notables, como si lo tuvieron los pacientes del grupo experimental quienes recibieron el programa “Vida dulce y sana” donde se aplicó la metodología AMATE para el desarrollo de la sesiones educativas.

Al respecto, Xiap (2014) expone que el factor principal que interviene en el control de la diabetes mellitus es el conocimiento adecuado del paciente sobre la enfermedad; asimismo, alcanzar el óptimo autocuidado requiere de educación en sus diferentes dimensiones, tales como el ejercicio, alimentación, medicación y automonitoreo, sin embargo, si no se lleva a cabo la educación al paciente, éste tiene mayor riesgo de adquirir y evidenciar las complicaciones de la enfermedad.

Cotrina y Goicochea (2015) mencionan que contar con un nivel de conocimiento bajo sobre la diabetes mellitus constituye un alto riesgo de

inadecuado autocuidado sobre la enfermedad, debido a que se relaciona con el conocimiento que obtenga el paciente; es decir, un mayor nivel de conocimiento mejora el nivel de autocuidado en los pacientes diabéticos. Con referencia a lo anterior, se considera una limitación del autocuidado cuando el paciente carece de conocimientos sobre su enfermedad o no cuenta con el deseo de adquirirlas; el aprendizaje del autocuidado y su mantenimiento eficaz requiere de la toma de conciencia sobre el estado de salud y está basado en un proceso continuo de las funciones humanas (Amores, 2013).

En cuanto a las prácticas de autocuidado, el estudio muestra que el 88.9% de los pacientes con diabetes mellitus pertenecientes al grupo experimental, presentó prácticas inadecuadas antes de la ejecución del programa “Vida dulce y sana”, disminuyendo este porcentaje después del programa, y obteniendo un 40,7% de prácticas en proceso de mejora. Mientras que el grupo control, en el pre test, el 37% presentó prácticas inadecuadas y el 63% prácticas en proceso de mejora, sin embargo, en el pos test, el porcentaje de prácticas inadecuadas se incrementó y el porcentaje de prácticas en proceso de mejora disminuyó. Es notoria la diferencia entre ambos grupos, pues el grupo control inició con un buen porcentaje de prácticas en proceso de mejora y el grupo experimental con un alto porcentaje de prácticas inadecuadas, pero en la segunda evaluación, se evidencia un retroceso en el grupo control y mejora en el grupo experimental. Estos resultados, pueden deberse a la metodología empleada en el programa “Vida dulce y sana” que recibió el grupo experimental, donde se enfatizó aspectos relacionados al autocuidado, pues como menciona (Delgado, 2015), para mejorar

la calidad de vida del paciente afectado por la enfermedad, se requiere de un cuidado integral, el cual incluye la educación relacionada con el autocuidado, con la finalidad de dar a conocer al paciente las causas de su patología, los cambios necesarios en su alimentación, la actividad física, la adherencia al tratamiento farmacológico, control de glicemia, identificación de los signos de alarma, entre otros. Además, adquirir conocimientos relacionados con la enfermedad, contribuirá al cambio en la actitud y práctica para su cuidado personal; considerándose la práctica como la acción de realizar ideas, planes y proyectos gracias a la aplicación de conocimientos anteriormente obtenidos (Real Academia Española, 2014).

En relación a la efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus, se evidencia eficacia estadísticamente significativa en todas las dimensiones: cuidado dietético ( $p=0,003$ ), actividad física ( $p=0,000$ ), tratamiento farmacológico ( $p=0,000$ ), control médico ( $p=0,000$ ) y cuidado de los pies ( $p=0,001$ ). No ocurriendo así en el grupo control. Estos resultados son favorables para el grupo experimental, pues como refieren (Barboza, Zanetti, Otero, & Santos, 2005), el conocimiento del paciente con diabetes acerca de su enfermedad es la base del cuidado para conseguir el autocontrol de la diabetes; aunque la adquisición del conocimiento, necesariamente, no se traduce en cambio de comportamiento. Sin embargo, (Arrivillaga, Salazar, & Correa, 2003) mencionan que, si bien es cierto, el conocimiento por sí solo no es un indicador de cambio, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá

a un cambio de comportamiento. Cuando el paciente interioriza y toma conciencia de la posibilidad de presentar complicaciones y la relaciona con la calidad de vida que disfruta en el presente y su deseo de mantenerla en un futuro, resulta más fácil que adopte pautas de autocuidado (Bolaño & Sarría, 2003).

Resultados similares reportaron (Otero, Zanetti, & Daguano, 2008) en el estudio: “Conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes” en Brasil, donde el conocimiento sobre actividad física ( $p < 0,05$ ), alimentación ( $p < 0,05$ ), cuidado y examen de los pies ( $p < 0,05$ ) y tratamiento ( $p < 0,05$ ), mostraron efectividad estadísticamente significativa; lo mismo reportaron (Alves, Da Silva, Lima, Brandão, & Oliveira, 2012), en el estudio “Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus”, en Brasil, mostrando resultados de eficacia estadísticamente significativa en los conocimientos sobre actividad física ( $p < 0.000$ ), alimentación ( $p < 0.000$ ) y atención con los pies ( $p < 0.000$ ).

El programa también fue efectivo en las prácticas de autocuidado en las dimensiones: cuidado dietético ( $p = 0.000$ ) y actividad física ( $p = 0.000$ ), resultados que coinciden con los reportados por Sua (2012), en el estudio: “Efectividad de una propuesta educativa participativa basado en los conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación y ejercicio, en un grupo de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2” realizado en Colombia, donde se obtuvo una efectividad estadísticamente significativa en las prácticas ( $p = 0.0001$ ). Sin embargo, no fue

efectivo en las dimensiones: tratamiento farmacológico ( $p=0.014$ ), control médico ( $p=0.011$ ) y cuidado de los pies ( $p=0.013$ ).

En base a estos resultados, se puede mencionar que la efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y las prácticas de autocuidado en las dimensiones: cuidado dietético y actividad física, se debe probablemente a la metodología AMATE aplicada para las sesiones de aprendizaje que consiste en (animación, motivación, apropiación, transferencia y evaluación) una secuencia de pasos para facilitar el aprendizajes de los pacientes (Vera, 2003). Otro factor que se puede considerar fundamental en estos resultados, es el trabajo realizado con la familia a quienes se los involucró como aliados en el programa, previa capacitación, pues como menciona (González, Salas, Crespo & Rodríguez, 2009) que el apoyo social brindado por la familia es importante en el proceso de cambio de los pacientes con enfermedades crónicas. Es importante considerar que un programa educativo está asociado a la educación para la salud, que comprende oportunidades de aprendizaje con la finalidad de mejorar la educación sanitaria que incluye la adquisición del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la calidad de vida (Pérez, 2000).

En cuanto a la no efectividad en la práctica del tratamiento farmacológico, control médico y cuidado de los pies, probablemente se deba al corto tiempo del programa realizado durante dos meses, pues el cambio de conducta, es un proceso que se da en el tiempo (Bados & Grau 2010). La edad de los pacientes también puede haber influido, ya que más del 50%, tienen de 46 años a más y

como refieren (Papalia, Harvey & Feldman, 2009) que las personas adultas tienen mayor dificultad para realizar cambios en su vida, necesitando más tiempo para lograrlo. Así mismo, los pacientes provienen de diferentes zonas, siendo la mayoría de la sierra, quienes tienen sus propias costumbres en cuanto al cuidado de su salud. Al respecto, (Aguirre, 2013) menciona que la práctica eficiente del autocuidado sobre diabetes mellitus, se rige a las circunstancias que rodea a cada individuo, ya que existen factores condicionantes, ya sean sociales, demográficos o culturales para alcanzar el óptimo mantenimiento de la salud. Además, la mayoría de los pacientes tiene más de cinco años cursando la enfermedad y como refieren (Romero et al., 2010), cuanto más tiempo el paciente padezca de la enfermedad, menor es su capacidad de autocuidado. Así mismo, (Silva, Galeano, & Orlando, 2005) citado por, mencionan que un número importante de personas con DM2 no cumple con su tratamiento cuando están en casa. La OMS (2009) citado por (Hoyos, Arteaga, & Muñoz, 2011) realizó estudios de diabetes a nivel mundial en la cual, la mitad de los pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida.

En general, el programa “Vida dulce y sana” fue efectivo en los conocimientos de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus demostrado con la prueba de muestras relacionadas ( $p= 0.00$ ) y muestras independientes ( $p= 0.00$ ). En cuanto a las prácticas en la prueba para muestras relacionadas fue estadísticamente significativo ( $p= 0.00$ ) y para muestras independientes no significativo ( $p= 0.0398$ ) lo que indica que fue parcialmente efectivo en las

prácticas de autocuidado. Por tanto, se sugiere aplicar el mismo programa controlando los factores intervinientes analizados.

Según la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, el desempeño profesional de enfermería cumple una función necesaria en el cuidado del paciente y en sus diversas etapas de la enfermedad (Pezo, 2017). La adquisición del conocimiento en los pacientes diabéticos conduce a una favorable condición sobre la enfermedad, además, se necesita de un cambio en el estilo de vida, adecuada madurez y estabilidad emocional para mejorar las prácticas del cuidado que se basan en conocimientos previos recibidos por el personal de salud (Domínguez & Flores, 2017).

Así pues, el ejercicio de la profesión de enfermería con relación al autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus, no solo está basado en brindar educación sobre la enfermedad, sino en lograr que el paciente interiorice acciones y adquiera habilidades que favorecerán a lograr una óptima calidad de vida, para afrontar la enfermedad y prevenir las complicaciones (Carrillo, 2017).

## **Capítulo v**

### **Conclusiones y recomendaciones**

#### **1. Conclusiones**

Del total de los pacientes diabéticos encuestados del grupo experimental, la mayoría pertenece al sexo femenino y un grupo minoritario al sexo masculino, quienes evidencian tener diabetes mellitus de tipo 2 en un tiempo de enfermedad mayor a 5 años. En cuanto al grupo control, más de la mitad de los pacientes diabéticos son del sexo femenino y un grupo menor del sexo masculino, de los cuales se evidencia que casi en su totalidad presentan diabetes mellitus del tipo 2 con un tiempo mayor a 5 años de adquirida la enfermedad.

El nivel conocimientos sobre el autocuidado de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus en la primera evaluación, fue en su mayoría de nivel bajo y medio en el grupo control, y casi en su totalidad de nivel bajo en el grupo experimental; sin embargo, después de la aplicación del programa la mayoría en el grupo experimental obtuvo niveles entre regular y bueno.

Las prácticas de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus en la primera evaluación fueron en su mayoría inadecuadas en el grupo experimental y en proceso de mejora en el grupo control; después de la aplicación del programa, se incrementa a la categoría en proceso de mejora en el grupo experimental.

El programa “Vida dulce y sana” es efectivo en los conocimientos de autocuidado de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus en las dimensiones: cuidado dietético, actividad física, tratamiento farmacológico, control médico y cuidado de los pies.

El programa “Vida dulce y sana” es efectivo parcialmente en las prácticas de autocuidado de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus en las dimensiones control dietético y actividad física, y no efectivo en las dimensiones tratamiento farmacológico, control médico y cuidado de los pies

## **2. Recomendaciones**

Se recomienda que:

El programa “Vida dulce y sana” se mantenga como política en las instituciones de EsSalud, en la jurisdicción de la Red desconcentrada Almenara, enfatizando en las prácticas de autocuidado e incluyendo a la familia como apoyo social de los pacientes con diabetes mellitus.

Se asigne personal de enfermería exclusivo para el programa del Adulto y Adulto Mayor para brindar cuidados a los pacientes en la atención domiciliaria y educación continua.

## Referencias bibliográficas

- Aguirre, F. (2013). *Conocimiento y prácticas de autocuidado en la prevención de complicaciones en las personas con diabetes mellitus tipo 2 que están hospitalizadas en la Clínica Pasteur*. Universidad Católica de Ecuador. Retrieved from <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7223/8.14.001675.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Alayo, I. (2013). *Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en adultos con diabetes mellitus*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/ALAYO\\_ISAURA\\_AUTOCUIDADO\\_ADULTOS\\_DIABETES%28INTRODUCCION%29.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/ALAYO_ISAURA_AUTOCUIDADO_ADULTOS_DIABETES%28INTRODUCCION%29.pdf)
- Albornoz, I. (2006). *Conocimientos y actitudes*. Universidad Mayor de San Marcos. Retrieved from [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/491/1/Albornoz\\_ti.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/491/1/Albornoz_ti.pdf)
- Alcalde, B., & Clavijo, J. (2013). *Nivel de conocimiento y calidad de práctica y autocuidado en la prevención de pie diabético en adultos Hospital Belén de Trujillo*. Universidad Privada Antenor Orrego. Retrieved from [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/232/4/ALCALDE\\_BERTHA\\_CONOCIMIENTO\\_CALIDAD\\_AUTOCUIDADO.%28INTRODUCCION%29.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/232/4/ALCALDE_BERTHA_CONOCIMIENTO_CALIDAD_AUTOCUIDADO.%28INTRODUCCION%29.pdf)
- Alonso, M., Santiago, A., Moreno, A., Carramiñara, F., López, flora, Miravet, S., ... Huidobro, C. (2016). *Guías Clínicas Semergen*. Retrieved June 22, 2017, from [http://2016.jornadasdiabetes.com/docs/Guia\\_Diabetes\\_Semergen.pdf](http://2016.jornadasdiabetes.com/docs/Guia_Diabetes_Semergen.pdf)
- Alves, D., Campos, N., Lima, A., Veiga, P., & De Oliveira, C. (2012). Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 3. Retrieved from [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es\\_a08v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a08v20n3.pdf)
- Alves, D., Da Silva, N., Lima, A., Brandão, P., & Oliveira, C. (2012). Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 20(3), 1–8. Retrieved from [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es\\_a08v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a08v20n3.pdf)
- American Diabetes Association. (2015). Hiperglucemia. Retrieved July 12, 2017, from <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/el-control-de-la-glucosa-en-la-sangre/hiperglucemia.html?referrer=https://www.google.com.pe/>
- American Diabetes Association. (2013). Diabetes Gestacional. Retrieved July 12, 2017, from <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-gestacional/que-es-la-diabetes-gestacional.html?referrer=https://www.google.com.pe/>
- American Diabetes Association. (2015). Hipoglucemia. Retrieved July 12, 2017, from <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/el-control-de-la-glucosa-en-la-sangre/hipoglucemia.html?referrer=https://www.google.com.pe/>
- Amores, V. (2013). *Conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2*.

- Universidad Autónoma de Querétaro. Retrieved from <http://ri.uaq.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/1881/RI000089.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Andino, G., & Figueroa, A. (2010). *Conocimiento y práctica del autocuidado que tienen los pacientes con diabetes I y II asistentes al programa de dispensarizado*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Retrieved from <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/5049/1/217552.pdf>
- Aparicio, J. (2017). *Relación entre el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en los pacientes diabéticos de 40 a 60 años del Hospital de Ventanilla*. Universidad Privada San Juan Bautista. Retrieved from <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/605/T-TPMC-Josue Daniel Aparicio Salinas.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Arias, M., & Ramírez, S. (2013). *Apoyo Familiar y Prácticas de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 Zona Urbana, Distrito de Pachacámac*. Retrieved from [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/328/1/Arias\\_mp - Ramirez\\_ss.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/328/1/Arias_mp - Ramirez_ss.pdf)
- Arrivillaga, M., Salazar, I., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección. *Colombia Médica*, 34(4). Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/283/28334403.pdf>
- Arrivillaga, M., Salazar, I., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 1–11. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334403>
- Arroyo, G., & Quiróz, S. (2016). Cetoacidosis diabética y estado hiperglicémico hiposmolar: un enfoque práctico. *Clínica de La Escuela de Medicina*, 1. Retrieved from [www.revistaclinicahsjd.ucr.ac.cr](http://www.revistaclinicahsjd.ucr.ac.cr)
- Bádenas, J. (2016). Diabetes tipo 1 y tipo 2. Retrieved July 12, 2017, from <https://diabetesmadrid.org/diabetes-tipo-1-tipo-2-definicion-diferencias/>
- Bados, A., & Grau, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Retrieved from <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuración.pdf>
- Barboza, E., Zanetti, M., Otero, L., & Santos, M. (2005). O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 1–10. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/cd85/6b04f737b6975be01e7aed3871522262785f.pdf>
- Beltrán, C., Fernández, A., Giglio, S., Biagini, L., & Morales, R. (2001). Tratamiento de la infección en el pie diabético. *Revista Chilena de Infectología*, 18(3), 212–224. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182001000300008>
- Bolaño, E., & Sarría, A. (2003). Prespectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria. *Revista Original de La Universidad de Alcalá*, 32(4), 1–8. Retrieved from [https://portal.uah.es/portal/page/portal/epd2\\_profesores/prof152579/publicaciones/2003\\_aten\\_primaria\\_cualitativo\\_diabetes.pdf](https://portal.uah.es/portal/page/portal/epd2_profesores/prof152579/publicaciones/2003_aten_primaria_cualitativo_diabetes.pdf)

- Borjas, A. (2017). *Conocimiento sobre autocuidado en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital de Ventanilla*. Universidad César Vallejo. Retrieved from [http://181.224.246.201/bitstream/handle/UCV/5977/Borjas\\_SAM.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://181.224.246.201/bitstream/handle/UCV/5977/Borjas_SAM.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cabanillas, E., & Deza, S. (2016). *Efectividad de un programa educativo en el conocimiento sobre autocuidado en adultos con diabetes mellitus*. Universidad Nacional de Trujillo. Retrieved from <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7637/1737.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Cabrera, R., Motta, I., Rodríguez, C., & Velásquez, D. (2010). Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas. *Rev Enferm Herediana*, 3(1), 1–7. Retrieved from [http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Autocuidado\\_3\\_4.pdf](http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Autocuidado_3_4.pdf)
- Calderon, G., & Rojas, J. (2014). *Prácticas de autocuidado que realizan los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2*. Universidad Surcolombiana. Retrieved from <https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Enfermeria/231.T.G-Gonzalo-Andres-Calderon-Santana-Jorge-Eduardo-Rojas-Duque-2014.pdf>
- Carrillo, E. (2017). *Conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María*. Universidad de Huánuco. Retrieved from [http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/574/T047\\_4429558\\_1\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/574/T047_4429558_1_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Casal, M., & Fernandez, P. (2014). Guía práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2. *Archivos de Medicina*, 10(22). <https://doi.org/10.3823/1212>
- Castro, A., Pérez, S., & Salcedo, R. (2017). La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.003>
- Centro de Atención Primaria III Huayacán. (2016). Estadísticas.
- Centty, D. (2010). Acto del conocimiento. Retrieved from [http://www.eumed.net/libros-gratis/2010e/816/ACTO\\_DEL\\_CONOCIMIENTO.htm](http://www.eumed.net/libros-gratis/2010e/816/ACTO_DEL_CONOCIMIENTO.htm)
- Cervantes, R., & Presno, J. (2013). Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células beta pancreáticas. *Revista de Endocrinología Y Nutrición*, 21(3), 13–2013. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/endocrinologia>
- Chávez, J. (2012). Técnicas y Métodos de Aprendizaje Investigativo. Retrieved from [http://virtual.senati.edu.pe/pub/CD\\_PT/89001300\\_Tecnicas\\_y\\_Metodos\\_de\\_Aprendizaje\\_Investigativo.pdf](http://virtual.senati.edu.pe/pub/CD_PT/89001300_Tecnicas_y_Metodos_de_Aprendizaje_Investigativo.pdf)
- Chicaiza, J., & Saeteros, M. (2016). *Rol de Enfermería basado en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, para control y recuperación de pacientes diabéticos que son atendidos en el área de Medicina Interna del Hospital*

- Provincial General de Latacunga, periodo marzo-julio del 2016. Universidad Central del Ecuador. Retrieved from <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10144/1/T-UCE-0006-125.pdf>
- Clínica Universidad de Navarra. (2015). Diccionario médico. Retrieved July 12, 2017, from <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complicacion>
- Contreras, A., Contreras, A., Hernández, C., Castro, M., & Navarro, L. (2013). Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. *Investigaciones Andina*, 15(26), 667–678. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2390/239026287005.pdf>
- Cotrina, S., & Goicochea, C. (2015). *Nivel de Conocimientos y su relación con el nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2, del Programa de diabetes en el Hospital EsSalud*. Universidad Nacional del Santa. Retrieved from <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/1908/27209.pdf?sequence=1>
- Curry, A. (2015). La progresión de la diabetes tipo 2. Retrieved July 12, 2017, from <http://www.diabetesforecast.org/2015/sep-oct/es/la-progresion-de-la-diabetes-tipo-2.html?referrer=https://www.google.com.pe/>
- Delgado, D. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Atención Ambulatoria 302*. Universidad de Cuenca. Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25214/1/TESIS.pdf>
- Deza, A. (2015). *Efectividad del programa educativo para mejorar el nivel de conocimientos de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo II del Hospital I Florencia de Mora*. Universidad Privada Antenor Orrego. Retrieved from [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2307/1/RE\\_MAESTRIA\\_EDU\\_ANNE\\_DEZA\\_EFECTIVIDAD.DEL.PROGRAMA.EDUCATUVO.PARA.MEJORAR.NIVEL.DE.CONOCIMIENTOS\\_DATOS.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2307/1/RE_MAESTRIA_EDU_ANNE_DEZA_EFECTIVIDAD.DEL.PROGRAMA.EDUCATUVO.PARA.MEJORAR.NIVEL.DE.CONOCIMIENTOS_DATOS.pdf)
- Díaz, E., & Riffo, A. (2012). Importancia de la dieta en pacientes diabéticos. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. Retrieved from [https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/importancia\\_dieta\\_diabeticos.pdf](https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/importancia_dieta_diabeticos.pdf)
- Domínguez, M., & Flores, L. (2017). *Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Regional II*. Universidad Nacional de Tesis. Retrieved from [http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/126748/1/TESIS\\_DOMINGUEZ\\_Y\\_FLORES.pdf](http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/126748/1/TESIS_DOMINGUEZ_Y_FLORES.pdf)
- Esquivel, A. (2012). Diabetes y embarazo: fisiopatología, clasificación y diagnóstico. *Acta Médica Costarricense*. Retrieved from <http://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v37n1/art10.pdf>
- Ezkurra, P. (2016). *Guía de actualización en Diabetes Mellitus tipo 2*. Retrieved from [http://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/Guia\\_Actualizacion\\_2016.pdf](http://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/Guia_Actualizacion_2016.pdf)
- Federación Internacional de Diabetes. (2013). *Atlas de la Diabetes*. Retrieved from

- [http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones\\_ficheros/61/www\\_256\\_10\\_Diabetes\\_Atlas\\_6th\\_Ed\\_SP\\_int\\_ok\\_0914.pdf](http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/61/www_256_10_Diabetes_Atlas_6th_Ed_SP_int_ok_0914.pdf)
- Fernández, S. (2000). La efectividad de los programas sociales. Enfoques y técnicas de la Evaluación de procesos. *Psicología Del Trabajo Y de Las Organizaciones*, 16(3), 259–276. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317662002>
- Flores, D., & Valencia, A. (2014). *Capacidad de autocuidado y respuesta adaptativa en adultos con diabetes mellitus tipo II del Programa de Pacientes Diabéticos, Hospital Regional Honorio Delgado*. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Retrieved from <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2298/ENfligdm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Flores, M., Garza, M., & Hernández, P. (2015). Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. Monterrey, México. *Revista Enfermería Herediana*, 8(2), 70–74. Retrieved from <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/2684/2560>
- Franch, J., Lloveras, A., & Piulats, N. (2016). Guía práctica de las complicaciones agudas de la diabetes.
- Freire, F., Matheus, R., Estevam, M., Moreira, T., & Bueno, M. (2012). Creencias relacionadas a la adhesión al tratamiento con antidiabéticos orales según la Teoría del Comportamiento Planificado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 529–537. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3578.2448>
- Gálvez, C., Grellmann, H., & Enriquez, A. (2010). *¡El mejor estilo de vida!* Lima. Retrieved from <http://www.iglesiaadventistaagape.org/Documents/SYT-Semana-de-Salud-Libro.pdf>
- Giménez, M. (2013). *Nivel de conocimientos en pacientes diabéticos tipo 2. Eficacia de una estrategia educativa*. Universidad CEU Cardenal Herrera. Retrieved from [http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/5781/1/TFM\\_Giménez\\_Monleón%2C\\_Marta\\_Nivel\\_de\\_conocimientos\\_en\\_pacientes\\_diabéticos\\_tipo\\_2\\_eficacia\\_de\\_una\\_estrategia\\_educativa.pdf](http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/5781/1/TFM_Giménez_Monleón%2C_Marta_Nivel_de_conocimientos_en_pacientes_diabéticos_tipo_2_eficacia_de_una_estrategia_educativa.pdf)
- González, R., Cardentey, J., & Casas, M. (2015). Intervención sobre educación nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Electrónica Archivo Médico de Camagüey*, 19(3). Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v19n3/amc080315.pdf>
- González, J., Salas, A., Crespo, E., & Rodríguez, L. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de Enfermería*, 18(4), 224–228. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000400002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400002)
- González, V., Salas, P., Mena, D., & Gimeno, A. (2012). Autocuidados y educación terapéutica en diabetes: Una revisión bibliográfica. *Revista Científica de Enfermería*, 5, 1–18. <https://doi.org/10.14198/recien.2012.05.11>
- Grimaldi, A. (2012). Tratado de medicina. In E. Masson (Ed.) (Vol. 16, pp. 1–2). [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(12\)61907-2](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(12)61907-2)
- Hernández, D. (2011). *Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los*

- pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatitlán.* Universidad de San Carlos de Guatemala. Retrieved from [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_0079\\_E.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0079_E.pdf)
- Hernandez, M. (2008). *Dietoterapia.* (Ciencias Médicas, Ed.) (1st ed.). La Habana. Retrieved from [http://www.paho.org/cub/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=mnt&alias=893-temas-de-nutricion-dietoterapia-la-habana-2008&Itemid=226](http://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=mnt&alias=893-temas-de-nutricion-dietoterapia-la-habana-2008&Itemid=226)
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6th ed.). México: Mc Graw Hill-Interamericana.
- Hevia, P. (2016). Educación en diabetes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(2), 271–276. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.04.016>
- Hoyos, T., Arteaga, M., & Muñoz, M. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Educación de Enfermería*, 29(2), 1–10. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n2/v29n2a04.pdf>
- Huerta, A., & Tusié, M. (2016). *Diabetes Gestacional.* Retrieved from [http://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/67\\_2/PDF/Diabetes.pdf](http://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/67_2/PDF/Diabetes.pdf)
- Iglesias, R., Barutell, L., Artola, S., & Serrano, R. (2014). Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. *Diabetes Práctica*, 5, 1–24. Retrieved from <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf>
- Inguil, M., & Lopez, L. (2015). *Nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos.* Universidad Antenor Orrego. Retrieved from [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1671/1/RE\\_ENFER\\_N.CONOCIMIENTO-ADHERENCIA-TRATAM\\_TESIS.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1671/1/RE_ENFER_N.CONOCIMIENTO-ADHERENCIA-TRATAM_TESIS.pdf)
- International Diabetes Federation. (2015). *Atlas de la Diabetes de la FID* (Séptima ed.). Retrieved from [http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones\\_ficheros/95/IDF\\_Atlas\\_2015\\_SP\\_WEB\\_oct2016.pdf](http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf)
- King, M. (2016). Diabetes Mellitus. Retrieved July 11, 2017, from <https://themedicalbiochemistrypage.org/es/diabetes-sp.php#intro>
- Laima, P. (2014). *Conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Hospital Nacional Cayetano Heredia.* Universidad Ricardo Palma. Retrieved from [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/362/1/Laima\\_pm.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/362/1/Laima_pm.pdf)
- López, M., & Narváez, O. (2015). *Conocimientos y actitudes de diabetes mellitus en usuarios de dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el período de octubre del año 2015.* Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Retrieved from <http://repositorio.unan.edu.ni/1602/1/90416.pdf>
- Lumbreras, J., & Amil, B. (2014). Poliuria y polidipsia. *Asociación Española de Pediatría*, 81–9. Retrieved from [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06\\_poliuria\\_polidipsia.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_poliuria_polidipsia.pdf)
- Manrique, D. (2010). *Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para*

- la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja"*; Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/531/1/Manrique\\_hd.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/531/1/Manrique_hd.pdf)
- Mansilla, M. (2000). *Etapas del desarrollo humano*. Retrieved from [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v03\\_n2/pdf/a08v3n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf)
- Márquez, J., Ramón, G., & Márquez, J. (2012). El ejercicio en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Argentina de Endocrinología Y Metabolismo*, 48.
- Mendieta, P., & Zavala, M. (2016). *Conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa por el servicio de medicina interna del Hospital Regional Santiago de Jinotepe, Enero - Marzo del 2016*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Retrieved from <http://repositorio.unan.edu.ni/3622/1/72181.pdf>
- Merchán, M. (2014). *Variables Predictorias de las Conductas de Autocuidado en las Personas con Diabetes Mellitus*. Retrieved from [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40754/1/tesis\\_merchan\\_felipe.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40754/1/tesis_merchan_felipe.pdf)
- Miladinova, V. (2012). *Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2*. Universidad Complutense. Retrieved from [http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/VIKTORIYA\\_MILADINOVA\\_TODOROVA.pdf](http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/VIKTORIYA_MILADINOVA_TODOROVA.pdf)
- Ministerio de la Salud. (2016a). Día Mundial de la Salud. Retrieved May 28, 2017, from <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=18396>
- Ministerio de la Salud. (2016b). *Guía de práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Primer Nivel de Atención (Primera ed)*. Lima. Retrieved from <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014). *Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2*. Retrieved June 22, 2017, from [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/GPC\\_V03\\_03\\_14.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/GPC_V03_03_14.pdf)
- Ministerio de Salud. (2015a). *Análisis de Situación de Salud de la Dirección de Salud IV Lima Este*. Retrieved May 31, 2017, from [http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/DIRECCIONES/OEP/Asis/SemanasEpi/Analisis de Situacion de Salud/2015/ASIS\\_DISA\\_IV\\_LE\\_2015 - Preliminar.pdf](http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/DIRECCIONES/OEP/Asis/SemanasEpi/Analisis%20de%20Situacion%20de%20Salud/2015/ASIS_DISA_IV_LE_2015_Preliminar.pdf)
- Ministerio de Salud. (2015b). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención*. Retrieved July 12, 2017, from <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
- Ministerio de Salud. (2016). *Resolución Ministerial*. Retrieved from [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_226-2016-MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_226-2016-MINSA.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2003). *Formación en Promoción y Educación para la Salud*. Madrid. Retrieved from <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/for>

- macionSalud.pdf
- Mouriño, R., Espinosa, P., & Moreno, L. (2015). *Conocimiento científico*. México. Retrieved from <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/conocimiento-investigacion.pdf>
- Müggenburg, M., & Pérez, I. (2007). Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Revista Enfermería Universitaria*, 4(1), 35–38. Retrieved from [www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/30300/28145](http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/30300/28145)
- Naranjo, Y., & Concepción, J. (2016). *Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus*. Cuba. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2016/fi163d.pdf>
- Navarro, J., Mora, C., Górriz, J., & Martínez, A. (2016). Etiopatogenia, fisiopatología e historia natural de la nefropatía diabética. Retrieved July 13, 2017, from <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-etiotogenia-fisiopatologia-e-historia-natural-nefropatia-diabetica-104>
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem : conceptos de enfermería en la práctica*. Edic. Científicas y Técnicas.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Factores de riesgo. Retrieved July 12, 2017, from [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Actividad física. Retrieved from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe Mundial Sobre la Diabetes*. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_16.3\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf)
- Organización Mundial de Salud. (2016). Promoción de la salud. Retrieved June 15, 2017, from <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2*. Washigton, D.C. Retrieved from [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=424-guias-alad-de-diagnostico-control-y-tratamiento-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2&category\\_slug=documentos-ops-y-oms&Itemid=493](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=424-guias-alad-de-diagnostico-control-y-tratamiento-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2&category_slug=documentos-ops-y-oms&Itemid=493)
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Retrieved from [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270)
- Otero, L., Zanetti, M., & Daguano, M. (2008). El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 1–7. Retrieved from [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_10.pdf)
- Palacios, A., Durán, M., & Obregón, O. (2012). Factores de Riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Revista Venezolana de Endocrinología Y Metabolismo*, 10. Retrieved from

- <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvdem/v10s1/art06.pdf>
- Papalia, D., Harvey, S., & Feldman, R. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. (McGraw-Hill/Interamericana Editors, Ed.) (tercera edición). México. Retrieved from <https://psicobolivar.files.wordpress.com/2011/09/desarrollo-del-adulto-y-vejez-papalia-libro.pdf>
- Pérez, R. (2000). La evaluación de programas educativos: conceptos básicos, planteamientos generales y problemática. *Revista de Investigación Educativa*, 18(2), 261–287. Retrieved from <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/109031/103701>
- Pezo, J. (2017). *Conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes*. Universidad César Vallejo. Retrieved from [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/7192/PEZO\\_GJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/7192/PEZO_GJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
- Ramírez, M., Becerra, M., García, M., Moreno, M., Sáez, D., Cordero, J., ... Becerra, V. (2016). *Manejo y Control de la Glucemia de Pacientes Adultos en los Servicios de Urgencias*. Andalucía. Retrieved from <http://www.semesandalucia.es/wp-content/uploads/2016/03/manejo-glucemia-urgencias-2016.pdf>
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la Real Academia Española. Retrieved from <http://www.rae.es/>
- Reyes, F., Pérez, M., Alfonso, E., Ramírez, M., & Jiménez, Y. (2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico de Holguín*, 20(1). Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v20n1/ccm09116.pdf>
- Reyes, L., & Rentería, O. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados en las unidades de salud del municipio de San Pedro del Norte*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Retrieved from <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3144/1/225968.pdf>
- Reyes, M., Morales, J., & Mandrigal, E. (2009). Diabetes. Tratamiento nutricional. *Medicina Interna de México*, 25(6), 454–460. Retrieved from [https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI\\_GeneToxic/Edu\\_Madrigal/17.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_GeneToxic/Edu_Madrigal/17.pdf)
- Ríos, R. (2013). *Bases de la medicina clínica*. Retrieved from [http://www.basesmedicina.cl/diabetes/705\\_complicaciones\\_agudas/diab\\_complica\\_agudas.pdf](http://www.basesmedicina.cl/diabetes/705_complicaciones_agudas/diab_complica_agudas.pdf)
- Robles, A., López, J., Morales, K., & Palomino, F. (2014). Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2. Retrieved from [http://www.epistemus.uson.mx/revistas/articulos/17-6PERSONAS\\_CON\\_DIABETESTIPO2.pdf](http://www.epistemus.uson.mx/revistas/articulos/17-6PERSONAS_CON_DIABETESTIPO2.pdf)
- Romero, I., Dos Santos, M., Aparecida, T., & Zanetti, M. (2010). Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 9. Retrieved from [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf)

- Rullan, M., Avalos, M., & Priego, H. (2014). Desempeño del médico familiar en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en una institución de seguridad social en Tabasco. *Salud En Tabasco*, 20, 1–9. Retrieved from <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>
- Sánchez, I., & Carmona, S. (2016). *FACTORES CONDICIONANTES BASICOS DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM A PARTIR DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA, LABORAL Y AMBIENTAL DE LOS TRABAJADORES AGRÍCOLAS QUE PARTICIPAN EN LOS SISTEMAS PRODUCTIVOS DE FRUTAS Y HORTALIZAS DE LA VEREDA HATO VIEJO DEL*. Universidad de Cundinamarca. Retrieved from <http://dspace.unicundi.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/238/Factores%2520Condicionates%2520B%25C3%25A1sicos%2520de%2520la%2520Teor%25C3%25ADa%2520de%2520Dorothea%2520Orem%2520a%2520Partir%2520de%2520la%2520Caracterizaci%25C3%25B3n%2520Sociodem>
- Santa Biblia. (2000). *Santa Biblia*. (Nueva Reina - Valera, Ed.) (New Life). Buenos Aires.
- Seclén, S. (2015). Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos. *Revista Medica Herediana*, 26(8), 3–4. Retrieved from [https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjk\\_8Kf45PUAhUJIZAKHbRZAXAQFggqMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.upch.edu.pe%2Fvrinve%2Fdugic%2Frevistas%2Findex.php%2FRMH%2Farticle%2Fdownload%2F2340%2F2299&usg=AFQjCN Emlz](https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjk_8Kf45PUAhUJIZAKHbRZAXAQFggqMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.upch.edu.pe%2Fvrinve%2Fdugic%2Frevistas%2Findex.php%2FRMH%2Farticle%2Fdownload%2F2340%2F2299&usg=AFQjCN Emlz)
- Seguro Social de Salud. (2016). Seguridad y eficacia de vildagliptina en el tratamiento de pacientes adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, con riesgo de hipoglicemia y limitantes para uso de insulina (con alto grado de dependencia), sin control metabólico adecuado. Retrieved from [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/directivas/DICT012\\_SDEPFYOTS\\_DETETS\\_IETSI\\_2016.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/directivas/DICT012_SDEPFYOTS_DETETS_IETSI_2016.pdf)
- Sillas, D., & Jordán, L. (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 19(2), 1–3. Retrieved from <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- Silva, G., Galeano, E., & Orlando, J. (2005). Adherencia al tratamiento e Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Medica Colombiana*, 30(4), 268–273. Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482005000400004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482005000400004)
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2012). *Enfermería medicoquirúrgica* (12a ed.). España: Lippincott Williams & Wilkins.
- Soler, Y., Pérez, E., López, M., & Quezada, D. (2016). Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Archivo Médico Camagüey*, 20(3). Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2016/amc163d.pdf>
- Trujillo, H. (2015). *Consulta nutricional para la prevención y control de la Diabetes*

- Mellitus tipo 2 de la persona joven, adulta y adulta mayor*. Lima. Retrieved from <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3491.pdf>
- Universidad América Latina. (2010). *La lógica formal*. Retrieved from [http://ual.dyndns.org/Biblioteca/Logica\\_Clasica/Pdf/Unidad\\_02.pdf](http://ual.dyndns.org/Biblioteca/Logica_Clasica/Pdf/Unidad_02.pdf)
- Universidad de Medellín. (2012). *Prevención de la enfermedad*. Retrieved June 15, 2017, from <http://www.udem.edu.co/index.php/salud/prevencion-de-la-enfermedad>
- Vera, V. (2003). *Escuela de promotoras de la salud en el Perú*. Retrieved February 16, 2018, from <http://www.bvsde.paho.org/bvsapc/fulltext/escuelas72.pdf>
- Vielma, E., & Salas, M. (2000). Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. *Revista Venezolana de Educación*, 9. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/356/35630907.pdf>
- Villalobos, C. (2002). *Autocuidado del adulto con diabetes tipo 2 en control ambulatorio*. Universidad Autónoma de Nuevo León. Retrieved from <http://eprints.uanl.mx/6531/1/1080113422.PDF>
- Villareal, Y., Briceño, Y., & Paoli, M. (2014). Diabetes mellitus tipo 1: Características clínicas y demográficas en pacientes del servicio de endocrinología. *Revista Venezolana de Endocrinología Y Metabolismo*, 13. Retrieved from <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvdem/v13n1/art05.pdf>
- White, E. (1968). *Consejos Sobre Salud* (Asociación). Medellín.
- White, E. (1975). *Consejos sobre el régimen alimenticio*. Retrieved from [https://egwwritings-a.akamaihd.net/pdf/es\\_CRA\(CD\).pdf](https://egwwritings-a.akamaihd.net/pdf/es_CRA(CD).pdf)
- White, H., & Sabarwal, S. (2014). Síntesis metodológicas: Diseño y métodos cuasiexperimentales. Retrieved from <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/MB8ES.pdf>
- Wong, C. (2012). *Estilos de vida*. Retrieved from <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>
- Xiap, E. (2014). *Nivel de conocimientos del paciente diabético sobre su enfermedad*. Universidad San Carlos de Guatemala. Retrieved from [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_9288.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9288.pdf)

## **Anexos**

## Anexo 1. Instrumento de recolección de datos



**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**Facultad de ciencias de la salud**



**E.P. de Enfermería**

Buenos días, estamos realizando un trabajo de investigación titulado: “Efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán”. Los datos recogidos son completamente anónimos, por tanto, te pedimos que respondas con la mayor veracidad. Muchas gracias por tu colaboración.

### **Información general**

**Instrucciones:** A continuación, se presenta una serie de datos personales. Por favor marque con un aspa (X) y complete los espacios en blanco.

1. Sexo: F ( ) M ( )
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Lugar de procedencia: Costa ( ) Sierra ( ) Selva ( )
4. Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Separado ( ) Viudo ( )
5. Grado de instrucción: Sin estudios ( ) Nivel Primario ( ) Nivel Secundario ( ) Superior ( )
6. Tiempo de enfermedad: < de 1 año ( ) De 1 – 5 años ( ) > 5 años ( )
7. Tipo de Diabetes: Tipo 1 ( ) Tipo 2 ( )

### **1. Conocimientos sobre el autocuidado**

1. La diabetes es una enfermedad:
  - a) Aguda que se da por un aumento de azúcar en sangre por alteración del hígado.
  - b) Crónica que se da por un aumento de azúcar en sangre por alteración del páncreas.
  - c) Crónica en donde alteran las vías respiratorias y el páncreas.
  - d) No lo sé
2. La Diabetes se debe a un mal funcionamiento de:
  - a) Cerebro
  - b) Páncreas
  - c) Riñón
  - d) Hígado
3. Se usan los fármacos para la diabetes:
  - a) Porque sirve para bajar los niveles de presión alta
  - b) Porque actúa aumentando los niveles de azúcar en sangre
  - c) Porque actúa disminuyendo los niveles de azúcar en sangre
  - d) Porque ayuda a disminuir la fiebre y el malestar
4. El valor normal de glucosa es:
  - a) 40-60 mg/dl
  - b) 70-110 mg/dl.
  - c) 120-150 mg/dl.
  - d) No lo sé
5. Si usted no cumple con su tratamiento indicado lo más probable que presente es:
  - a) Fiebre, cansancio, irritabilidad
  - b) Sequedad de boca y dolores musculares
  - c) Vómitos, mareos y sed
  - d) Problemas del corazón, párkinson
6. Los principales alimentos que debe disminuir en su dieta son:
  - a) Proteínas (carnes, pescado)
  - b) Grasas y Carbohidratos (azúcares y harinas)
  - c) Fibra (frutas, verduras)
7. Cuando hay presencia de entumecimiento y hormigueo en los pies es por:

- a) Enfermedad de hígado
  - b) Mal control de la diabetes
  - c) Bajo nivel de azúcar en sangre
  - d) No lo sé
8. Los hábitos que debe evitar usted son:
- a) Hacer ejercicio, tomar refrescos
  - b) Tomar alcohol, consumir grasas
  - c) Frutas, verduras, dulces
  - d) No lo sé
9. El número de comidas que usted debe consumir diariamente son:
- a) Dos veces al día
  - b) Tres veces al día
  - c) Cuatro veces al día
  - d) Comer cada vez que tenga hambre
10. La frecuencia de la actividad física debe ser:
- a) Cada 15 días
  - b) Todos los días
  - c) Una vez al mes
  - d) Cada vez que tenga tiempo
11. El tiempo de actividad física recomendable es:
- a) 1 hora y media al día
  - b) 1 hora al día
  - c) 15 minutos al día
  - d) 30 minutos al día
12. Usted debe asistir a su control médico:
- a) Cuando presente mareos, heridas en los pies y cansancio
  - b) Cada 15 días y cuando no sigue con su tratamiento habitual.
  - c) Mensualmente y cuando presente alguna molestia
  - d) Cada dos meses y si presenta alguna molestia
13. Los signos y síntomas característicos del azúcar alto en sangre son:
- a) Fiebre, temblor, mareo y sudoración excesiva

- b) Piel y boca secas, aumento de la sed y de apetito
  - c) Irritabilidad, sueño, vomito, dolor
  - d) No conoce
14. Los signos y síntomas característicos del azúcar bajo en sangre son:
- a) Debilidad, visión borrosa, somnolencia, sudoración
  - b) Aumento de la presión arterial y de la respiración
  - c) Irritabilidad, vómitos y excesiva sed.
  - d) Fiebre, vomito, tos exigente, dolor muscular
15. Las complicaciones más frecuentes de la diabetes son:
- a) Obesidad, deshidratación, fatiga.
  - b) Pie diabético, pérdida de la audición, temblor.
  - c) Hipoglucemia, pérdida de la visión, pérdida de la conciencia.
  - d) Daño al riñón, daño a la vista, pie diabético
16. Una dieta con alto contenido en fibra vegetal puede:
- a) Regular los niveles de azúcar en la sangre.
  - b) Elevar los niveles de colesterol en la sangre.
  - c) Aumentar los niveles de azúcar en sangre
  - d) Disminuir los niveles de colesterol en la sangre.
17. Es importante asistir al control médico:
- a) Para que se cure cada vez que se siente mal y porque siempre le dicen que debe asistir a la consulta.
  - b) Para disminuir las complicaciones y se cure cada vez que se siente mal
  - c) Para llevar un control estricto de la enfermedad y disminuir las complicaciones
18. Mantener su peso ideal es importante porque:
- a) Un peso adecuado facilita el control de la diabetes.
  - b) U peso adecuado mejora la apariencia física.
  - c) Puede realizar mejor sus actividades diarias.
  - d) No lo sé
19. Debe recibir doble dosis de su tratamiento habitual cuando:
- a) Se olvide la administración de su tratamiento a la hora indicada
  - b) Tenga que realizar actividad física

c) Nunca

d) Esté sin comer todo el día

20. Debe cuidarse los pies, porque:

a) Un largo tratamiento con insulina hace que se inflamen los pies.

b) Los pacientes diabéticos sufren de pie plano

c) Existe una mala circulación en los pies y puede llegar a producirse lesiones

21. Lo más importante en el control de la diabetes es:

a) No olvidar su tratamiento, seguir bien la dieta y hacer actividad física de forma regular.

b) Seguir bien la dieta, ir al médico cada vez que se siente mal y cuidarse los pies.

c) Hacer actividad física de forma regular, cuidarse los pies y seguir su tratamiento cuando se sienta mal.

d) No lo sé

22. Realizar el examen de glucosa con hemoglucotest es importante porque:

a) Conocerá el nivel de azúcar en sangre que tiene en ese momento.

b) Así sabrá si necesita ir a su consulta

c) Conocerá si es normal y así podrá comer más ese día.

d) No lo sé

GUIA DE OBSERVACION			
		Si	No
1	Sigue diariamente un horario regular de comidas (desayuna, almuerzo y cena) a la misma hora		
2	Come cada vez que tiene hambre sin tener un control estricto.		
3	Cuando come tiene en cuenta la cantidad y el contenido de sus alimentos.		
4	Evita consumir alimentos que tiene prohibido (azúcares, grasas y comidas chatarra).		
5	Consume diariamente frutas y verduras.		
6	Se controla el peso con regularidad cada cierto tiempo.		
7	Realiza caminata mínima tres veces a la semana durante 30 minutos.		
8	Realiza actividad física después de haber ingerido alimentos.		
9	La actividad física lo realiza en compañía de alguien.		
10	Dedica el mismo tiempo cada vez que realiza actividad física.		
11	Realiza actividad física con la ropa adecuada.		
12	Cumple con su tratamiento de medicamentos a la hora indicada.		
13	Lleva un registro escrito de la medicación aplicada.		
14	Según la glucosa que presente, modifica la dosis de su medicación.		
15	Olvida administrarse el medicamento para la diabetes.		
16	Si olvida aplicarse su medicación, en la siguiente se administra el doble.		
17	Asiste a la consulta médica cuando lo tiene programado.		
18	Asiste a la consulta con otros profesionales (endocrino, oftalmólogo, podólogo) para controlar la diabetes.		
19	Cuando le surge alguna duda o presenta algún problema con la diabetes consulta con su médico.		
20	Trata de organizar todas sus actividades u obligaciones cotidianas para no faltar a la consulta médica.		
21	Se observa la planta de los pies diariamente.		
22	Se lava los pies todos los días con jabón suave y los seca sin friccionar.		
23	Usa calzado que no sea apretado.		
24	Se lava los pies todos los días con jabón suave y los seca sin friccionar		

## Anexo 2. Datos de prueba de confiabilidad.

### Conocimientos

variable	Kuder Richarson(KR-20)	Items
conocimiento	0.80	22

### Prácticas

variable	Kuder Richarson(KR-20)	Items
prácticas	0.81	24

### Evaluación de juicio de expertos

#### Instrumento de conocimiento

Items	J1	J2	J3	J4	J5	Total	V de Aiken
1	1	1	1	1	1	5	1
2	1	1	1	1	1	5	1
3	1	1	0	1	1	4	0.8
4	1	1	0	1	1	4	0.8
5	1	1	1	1	1	5	1
Total							0.92

#### Instrumento de Prácticas

Items	J1	J2	J3	J4	J5	Total	V de Aiken
1	1	1	1	0	1	4	0.8
2	1	1	1	0	1	4	0.8
3	1	1	1	1	1	5	1
4	1	1	1	1	1	5	1
5	1	1	1	1	1	5	1
Total							0.92

### Anexo 3. Validación de instrumento.

4) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (✓)

NO ( )

Observaciones y/o sugerencias:

5) A su parecer ¿las alternativas de respuesta de los ítems es el adecuado?

SI (✓)

NO ( )

Observaciones y/o sugerencias:

Otras observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: 10 de Julio 2017.

Grado académico: Maestría en Salud Pública.

Nombre y firma del juez: Prof. E. Marmón Limachi

Institución donde labora: Universidad Peruana Unión

Años de experiencia profesional o científica: 18 años.

4) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (  )

NO (  )

Observaciones y/o sugerencias:

5) A su parecer ¿las alternativas de respuesta de los ítems es el adecuado?

SI (  )

NO (  )

Observaciones y/o sugerencias:

Otras observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: 10-07-2017

Grado académico: Magister en Salud Pública

Nombre y firma del juez: Ruth Vallejos Atalaya 

Institución donde labora: Universidad Peruana Unión

Años de experiencia profesional o científica: 20 años

## Anexo 4. Autorización institucional



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"  
"Año de la Lucha Contra la Corrupción"

CARTA N° 0674-D-CAP III HUAYCAN-GRDA-ESSALUD-2017

Huaycán, 14 de setiembre del 2017.

Señora:  
**DRA. KEILA E. MIRANDA LIMACHI**  
Directora de EP Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud - UPEU  
Presente. -

**ASUNTO :** Autorización para ejecución de tesis internas - UPEU

Es grato dirigirme a usted para saludarla muy cordialmente y a la vez en atención a la solicitud presentada a este despacho, hacer de su conocimiento que la Coordinación de Enfermería y la Dirección del CAP III Huaycán, no tienen ningún inconveniente que las alumnas de vuestra casa educadora, realicen la tesis "Efectividad del programa vida dulce y sana" dirigida a los pacientes del programa adulto mayor de nuestro establecimiento.

Agradeciendo anticipadamente su cordial deferencia, aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones de mi especial estima personal.

Atentamente,



Dr. Luis de la Flor Carazas  
Director CAP III HUAYCAN  


LDLFC/vap  
NIT | 0995 | 2017 | 0463  
Folios : ( )

[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Av. J. C. Mariategui Mz. "C" Lote 49 - 50  
Urb. El Lúcumo - Ate Vitarte  
Telef.: 371- 5760 / 371-7068  
Anexos: 131 - 129

## Anexo 5. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO ABREVIADO

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS  
CON DIABETES MELLITUS DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III – HUAYCÁN, LIMA, 2017.

#### INTRODUCCIÓN:

Buenas días tardes, soy Astrid Eloisa Lazo Villalta y Cryss Samanta Silvano Esteban, estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión. Estos cuestionarios tienen como propósito levantar información sobre los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con diabetes mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima, 2017.

Dicha información será de mucha importancia para desarrollar el Programa "Vida dulce y sana".

Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dichas encuestas si es que no lo desea. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide.

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirnos a [astridlazo@upeu.edu.pe](mailto:astridlazo@upeu.edu.pe) o [cryss@upeu.edu.pe](mailto:cryss@upeu.edu.pe).

*He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.*

A continuación, detallan las instrucciones o explicaciones para el llenado del cuestionario.

#### INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (X) la respuesta que crea que sea la correcta.



## Anexo 6. Constancia de la ejecución del programa



### CONSTANCIA



EL QUE SUSCRIBE COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA HUAYCAN- ESSALUD.

HACE CONSTAR:

Que la Srta. **SILVANO ESTEBAN, Cryss Samanta** y **LAZO VILLALTA, Astrid Eloisa** internas de enfermería de la UNIVERSIDAD PERUANAN UNION, realizaron la ejecución del programa "VIDA DULCE Y SANA" con los pacientes diabéticos que acuden a nuestro centro asistencial durante los meses de setiembre a Noviembre.

Se expide la constancia para los fines que estime conveniente careciendo de valor legal ante la institución.

Huaycán 8 de noviembre del 2017.

  
.....  
Lic. MAGALY VIGO ESPINOZA  
COORDINADORA DE ENFERMERIA  
C.E.P. N° 24716  
CAP III HUAYCAN - GRDA - ESSALUD  


## Anexo 7. Tablas de resultados descriptivos por cada ítem

Descripción de la variable de conocimientos por ítem de los pacientes diabéticos del Centro de Atención Primaria III – Huaycán del grupo experimental.

Ítems	Grupo experimental							
	Correcto				Incorrecto			
	Antes		Después		Antes		Después	
	n	%	n	%	n	%	n	%
C1	7	25.9	26	96.3	20	74.1	1	3.7
C2	7	25.9	21	77.8	20	74.1	6	22.2
C3	15	55.6	25	92.6	12	44.4	2	7.4
C4	2	7.4	12	44.4	25	92.6	15	55.6
C5	0	0	12	44.4	27	100	15	55.6
C6	9	33.3	14	51.9	18	66.7	13	48.1
C7	9	33.3	14	51.9	18	66.7	13	48.1
C8	10	37.0	16	59.3	17	63.0	11	40.7
C9	22	81.5	22	81.5	5	18.5	5	18.5
C10	2	7.4	10	37.0	25	92.6	17	63.0
C11	6	22.2	18	66.7	21	77.8	9	33.3
C12	1	3.7	13	48.1	26	96.3	14	51.9
C13	2	7.4	14	51.9	25	92.6	13	48.1
C14	0	0	12	44.4	27	100.0	15	55.6
C15	6	22.2	15	55.6	21	77.8	12	44.4
C16	7	25.9	12	44.4	20	74.1	15	55.6
C17	7	25.9	14	51.9	20	74.1	13	48.1
C18	9	33.3	15	55.6	18	66.7	12	44.4
C19	2	7.4	8	29.6	25	92.6	19	70.4
C20	15	55.6	22	81.5	12	44.4	5	18.5
C21	7	25.9	17	63.0	20	74.1	10	37.0
C22	12	44.4	23	85.2	15	55.6	4	14.8
Total	27	100	27	100	27	100	27	100

Descripción de la variable de prácticas por ítem de los pacientes diabéticos del Centro de Atención Primaria III – Huaycán del grupo experimental.

Ítems	Grupo experimental							
	SI				NO			
	Antes		Después		Antes		Después	
	N	%	n	%	n	%	n	%
P1	17	63.0	24	88.9	10	37.0	3	11.1
P2	16	59.3	10	37.0	11	40.7	17	63.0
P3	9	33.3	13	48.1	18	66.7	14	51.9
P4	0	0	5	18.5	27	100.0	22	81.5
P5	0	0	16	59.3	27	100.0	11	40.7
P6	0	0	1	3.7	27	100.0	26	96.3
P7	0	0	2	7.4	27	100.0	25	92.6
P8	0	0	4	14.8	27	100.0	23	85.2
P9	0	0	6	22.2	27	100.0	21	77.8
P10	0	0	6	22.2	27	100.0	21	77.8
P11	0	0	5	18.5	27	100.0	22	81.5
P12	14	51.9	15	55.6	13	48.1	12	44.4
P13	13	48.1	15	55.6	14	51.9	12	44.4
P14	16	59.3	16	59.3	11	40.7	11	40.7
P15	16	59.3	15	55.6	11	40.7	12	44.4
P16	27	100.	25	92.6	0	0	2	7.4
P17	0	0	3	11.1	27	100.0	24	88.9
P18	0	0	1	3.7	27	100.0	26	9.3
P19	2	7.4	3	11.1	25	92.6	24	88.9
P20	2	7.4	2	7.4	25	92.6	25	92.6
P21	10	37.0	13	48.1	17	63.0	14	51.9
P22	8	29.6	12	44.4	19	70.4	15	55.6
P23	27	100.	27	100.0	0	0	0	0
P24	14	51.9	20	74.1	13	48.1	7	25.9

Total	27	100	27	100	27	100	27	100
-------	----	-----	----	-----	----	-----	----	-----

Descripción de la variable de conocimientos por ítem de los pacientes diabéticos del Centro de Atención Primaria III – Huaycán del grupo control.

Ítems	Grupo control							
	Correcto				Incorrecto			
	Antes		Después		Antes		Después	
	N	%	N	%	n	%	n	%
C1	15	55.	18	66.7	12	44	9	33.3
		6			.4			
C2	14	51.	18	66.7	13	48	9	33.3
		9			.1			
C3	14	51.	14	51.9	13	48	13	48.1
		9			.1			
C4	8	29.	4	14,8	19	70	23	85,2
		6			.4			
C5	12	44.	10	37,0	15	55	17	63,0
		4			.6			
C6	12	44.	12	44,4	15	55	15	55,6
		4			.6			
C7	18	66.	17	63,0	9	33	10	37,0
		7			.3			
C8	16	59.	16	59,3	11	40	11	40,7
		3			.7			
C9	16	59.	15	55,6	11	40	12	44,4
		3			.7			
C10	14	51.	12	44,4	13	48	15	55,6
		9			.1			
C11	12	44.	9	33,3	15	55	18	66,7
		4			.6			
C12	15	55.	27	100,	12	44	0	0
		6	0		.4			
C13	15	55.	6	22,2	12	44	21	77,8
		6			.4			
C14	8	29.	6	22,2	19	70	21	77,8
		6			.4			
C15	14	51.	12	44,4	13	48	15	55,6
		9			.1			
C16	14	51.	12	44,4	13	48	15	55,6
		1			.1			
C17	17	63.	16	59,3	10	37	11	40,7
		0			.0			

C18	12	44.	11	40,7	15	55	16	59,3
		4				.6		
C19	10	37.	9	33,3	17	63	18	66,7
		0				.0		
C20	12	44.	13	48,1	15	55	14	51,9
		4				.6		
C21	11	40.	13	48,1	16	59	14	51,9
		7				.3		
C22	15	55.	17	63,0	12	44	10	37,0
		6				.4		
Total	27	100	27	100	27	10	27	100
						0		

Descripción de la variable de prácticas por ítem de los pacientes diabéticos del Centro de Atención Primaria III – Huaycán del grupo control.

Ítems	Grupo control							
	SI				NO			
	Antes		Después		Antes		Después	
	N	%	n	%	n	%	n	%
P1	17	63,0	21	77,8	10	37,0	6	22,2
P2	19	70,4	10	37,0	8	29,6	17	63,0
P3	10	37,0	5	18,5	17	63,0	22	81,5
P4	7	25,9	8	29,6	20	74,1	19	70,4
P5	6	22,2	7	25,9	21	77,8	20	74,1
P6	4	14,8	5	18,5	23	85,2	22	81,5
P7	5	18,5	5	18,5	22	81,5	22	81,5
P8	7	25,9	4	14,8	20	74,1	23	85,2
P9	0	0	0	0	27	100,0	27	100,0
P10	8	29,6	8	29,6	19	70,4	19	70,4
P11	0	0	0	0	27	100,0	27	100,0
P12	12	44,4	11	40,7	15	55,6	16	59,3
P13	0	0	0	0	27	100,0	27	100,0
P14	12	44,4	16	59,3	15	55,6	11	40,7
P15	18	66,7	20	74,1	9	33,3	7	25,9
P16	17	63,0	19	70,4	10	37,0	8	29,6

P17	26	96,3	26	96,3	1	3,7	1	3,7
P18	0	0	0	0	27	100,0	27	100,0
P19	13	48,1	12	44,4	14	51,9	15	55,6
P20	27	100,0	16	59,3	0	0	11	40,7
P21	6	22,2	5	18,5	21	77,8	22	81,5
P22	7	25,9	6	22,2	20	74,1	21	77,8
P23	12	44,4	17	63,0	15	55,6	10	37,0
P24	20	74,1	20	74,1	7	25,9	7	25,9
Total	27	100	27	100	27	100	27	100

---

## Anexo 8. Prueba de normalidad

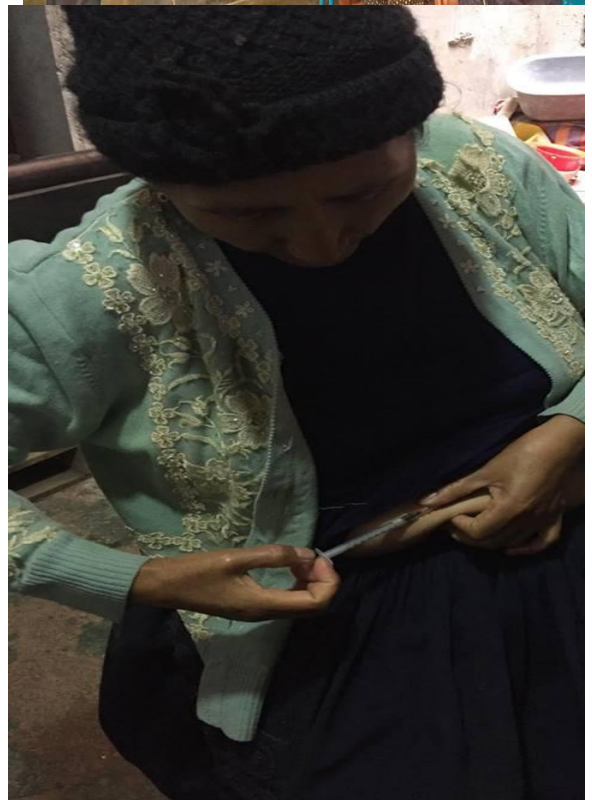
### Grupo experimental

		Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Pre test	Conocimiento	0,19	27	0,00
	Práctica	0,96	27	0,34
Post test	Conocimiento	0,78	27	0,00
	Práctica	0,84	27	0,00

### Grupo control

		Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Pre test	Conocimiento	0,58	27	0,00
	Práctica	0,94	27	0,09
Post test	Conocimiento	0,61	27	0,00
	Práctica	0,90	27	0,01

Anexo 9. Fotos







*Una Institución Adventista*

2017

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E.P DE ENFERMERÍA

# VIDA DULCE Y SANA

Manual para personas con Diabetes Mellitus



Elaborado por:  
Cryss Silvano Esteban  
Astrid Lazo Villalta



## INDICE

Introducción

Presentación

Bienvenida

**Sesión 1:** Diabetes Mellitus

**Sesión 2:** Complicaciones crónicas

**Sesión 3:** Complicaciones agudas

**Sesión 4:** Autocuidado

**Sesión 5:** Cuidado dietético

**Sesión 6:** Actividad física

**Sesión 7:** Adherencia al tratamiento farmacológico

**Sesión 8:** Importancia del control médico

**Sesión 9:** Prevención del pie diabético

**Sesión 10:** Autoestima

**Sesión 11:** Resiliencia

**Sesión 12:** Control del estrés

**Sesión 13:** Autocontrol

**Sesión 14:** Afrontamiento de la enfermedad

**Sesión 15:** Retroalimentación

Referencias

## INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por hiperglucemia, debido a que el organismo no produce suficiente insulina o no puede utilizarla; esta enfermedad conlleva a desarrollar complicaciones graves a largo plazo.

Por otro lado, se estima que cerca de 422 millones de adultos a nivel mundial están afectados de esta enfermedad, esto indica que la prevalencia mundial de la diabetes se ha incrementado, pues ha pasado del 4.7% al 8.5% respectivamente. En el año 2012, la diabetes provocó 1.5 millones de defunciones y según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en el 2030. Además, esta enfermedad es una de las principales contribuyentes a la morbilidad y mortalidad en el Perú, debido a que la incidencia se evidencia mayormente en poblaciones vulnerables.

La Comunidad Urbana Autogestionaria de Huaycán tiene una alta prevalencia de diabetes mellitus y se presenta predominantemente en la edad adulta y adulta mayor, representado el 95% del total de los casos.

Por todo lo expuesto anteriormente, se realiza un programa educativo, que tiene como objetivo determinar la efectividad del programa "VIDA DULCE Y SANA" en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III - Huaycán, para evitar la aparición de complicaciones causados por esta enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas.

## METODOLOGÍA DE LAS SESIONES EDUCATIVAS

Las sesiones educativas se desarrollarán bajo la metodología AMATE, que implican los siguientes pasos:

### ANIMACIÓN

Promueve la estimulación de los sentidos del paciente para facilitar el aprendizaje, además, ayuda a conocerse y a establecer relaciones de confianza.

### MOTIVACIÓN

Son acciones orientadas a despertar el interés sobre el tema y a recoger los saberes previos de los pacientes.

### APROPIACIÓN

Se brinda la nueva información hacia los pacientes con la finalidad de que puedan ser analizadas e interiorizadas.

### TRANSFERENCIA

Permite reforzar los conocimientos aprendidos de manera grupal o personal.

### EVALUACIÓN

Momento de la evaluación del aprendizaje en donde se verifican y se refuerzan los conocimientos de los pacientes.

INICIO

DESARROLLO

CIERRE

## SESIÓN 1

### 1. Aprendizajes esperados

- Los pacientes definirán la diabetes mellitus, mencionarán sus tipos y el valor normal de la glucosa.
- Los pacientes realizarán un crucigrama al finalizar la sesión educativa
- Los pacientes mostrarán interés en el desarrollo de la sesión educativa

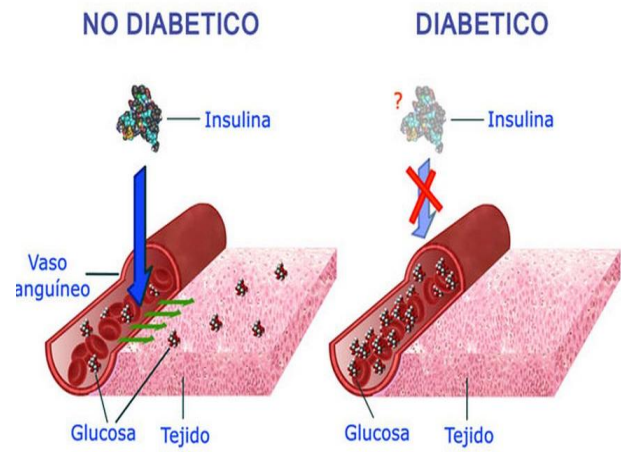
### 2. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
Se cantará: "Da la mano a tu hermano da la mano (x2), dale una sonrisita, dale una bienvenida, da la mano a tu hermano da la mano".		Se realizará las siguientes preguntas:  ¿Qué es la diabetes mellitus?  ¿Cuántos tipos de diabetes existen?  ¿Cuál es el valor normal de la glucosa?		Se brinda la sesión educativa con el apoyo de diapositivas.		Se formarán grupos y se les entregará una parte del tema, con la finalidad que sea explicado frente a todos los pacientes.		Se les entregará un crucigrama relacionado a la sesión brindada.	

## 1. ¿Qué es la diabetes?

Es una enfermedad crónica que se caracteriza por hiperglucemia (aumento de la glucosa en la sangre), debido a que el organismo no produce insulina o no puede utilizarla correctamente.

Valor normal de la glucosa: 70 - 110gr/dl

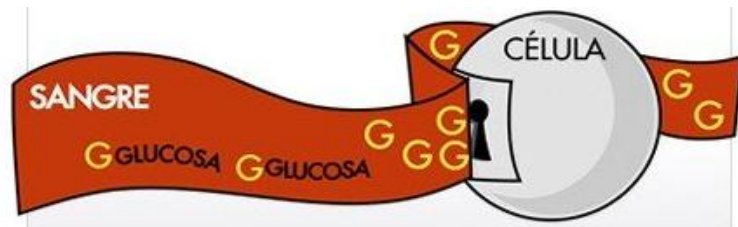


## 2. ¿Qué es la insulina?

La insulina es una hormona producida en el páncreas, y actúa como una llave que abre las puertas de las células en los músculos, el tejido graso y el hígado, permitiendo la entrada de glucosa (azúcar) para que se produzca energía. En una persona con diabetes, la producción de insulina está disminuida. La insulina que actúa como llave para abrir la célula, no funciona, por eso los niveles de glucosa se acumulan en la sangre y aumenta.



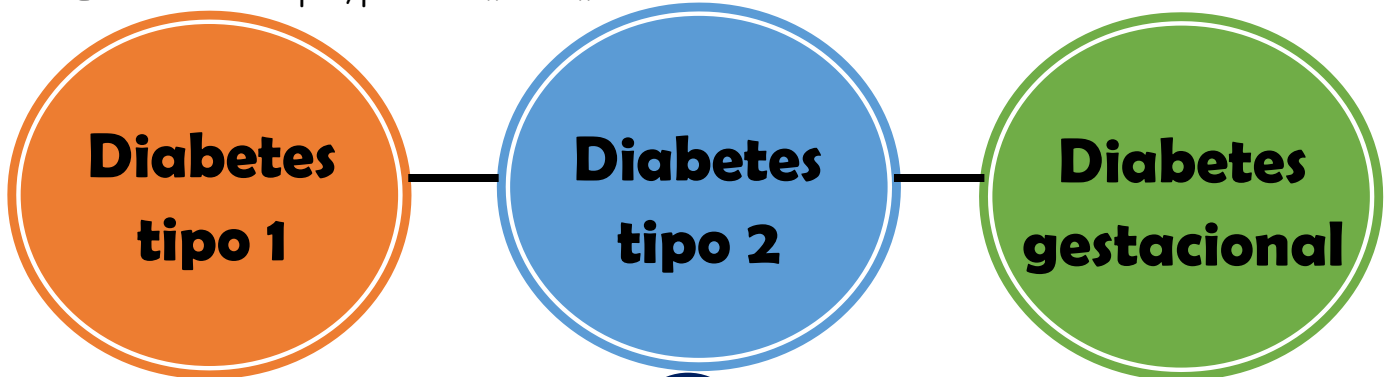
La insulina funciona normal y la glucosa entra a la célula



La insulina no funciona y la glucosa no entra a la célula

## 3. Tipos de Diabetes

Existen varios tipos, pero los más comunes son:





## Tipo 1



Mayormente aparece en los jóvenes. En este tipo de diabetes, el cuerpo no produce insulina, por eso se requiere de la aplicación diaria de esta hormona.



## Tipo 2



Mayormente aparece en la edad adulta. En este tipo de diabetes, el cuerpo puede producir insulina, pero no es suficiente o no actúa correctamente.



## D.G



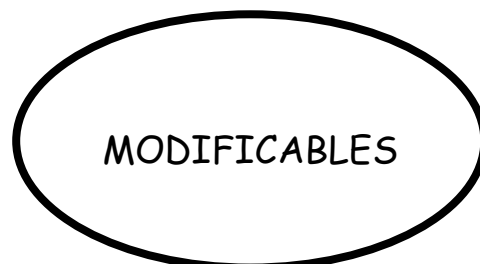
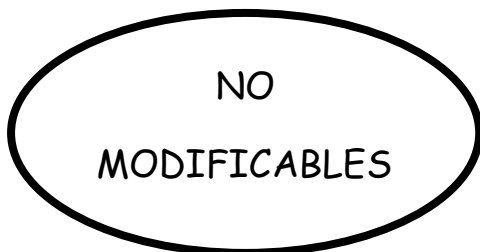
Se da en la etapa del embarazo y desaparece después del parto, además, las mujeres pueden desarrollar diabetes tipo 2 en un futuro.

### 4. Factores de riesgo

Un factor de riesgo se define como:

Aquella característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Los factores de riesgo de la diabetes mellitus se dividen en:



**Raza**



**NO  
MODIFICABLES**



**Genética**

**Edad**

**MODIFICABLES**



**Obesidad**

**Sedentari&smo**



**Mala  
alimentaci&on**

**GENÉTICA**



## 5. Signos y síntomas



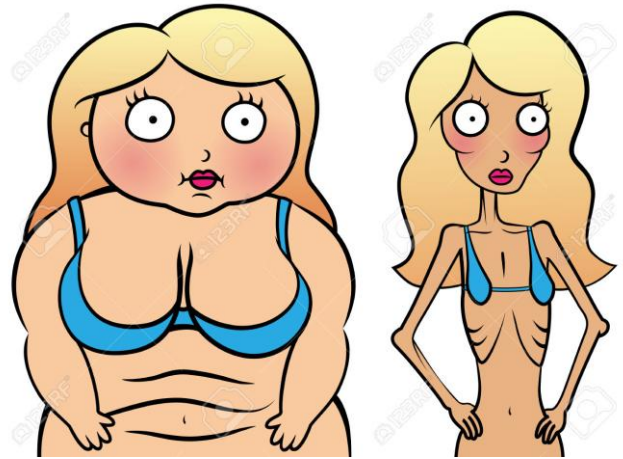
Orinar frecuentemente



Sed excesiva



Hambre excesiva



Pérdida de peso



Visión borrosa



Cansancio

## SESIÓN 2

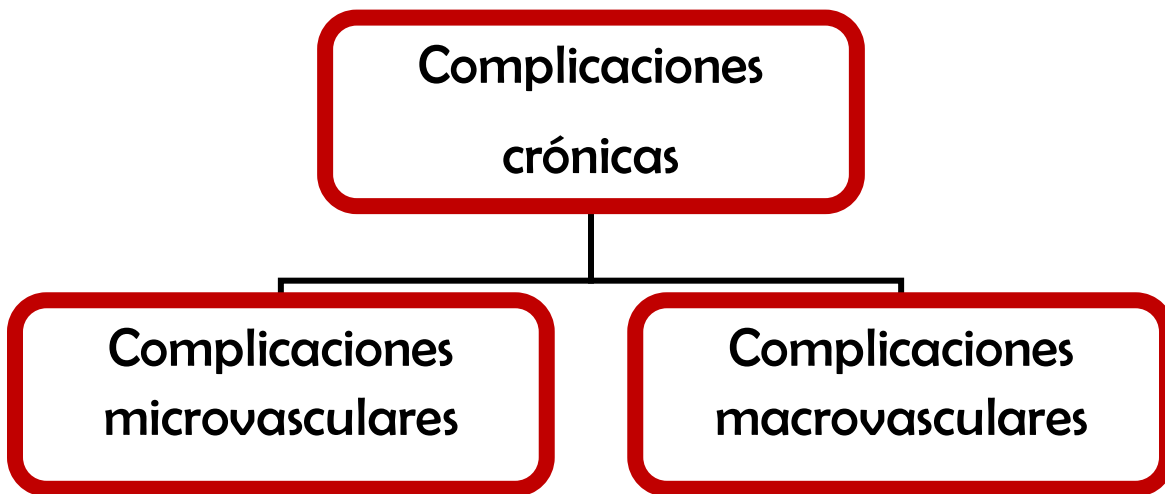
### 1. Aprendizajes esperados

- Los pacientes mencionarán las complicaciones microvasculares y macrovasculares.
- Los pacientes seleccionarán las complicaciones según su grupo al finalizar la sesión educativa.
- Los pacientes mostrarán interés en el desarrollo de la sesión educativa.

### 2. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
Se realizará una escenificación con relación a la sesión educativa		Se realizará las siguientes preguntas:  ¿Qué son las complicaciones crónicas?  ¿Serán las complicaciones microvasculares y macrovasculares lo mismo?		Se brinda la sesión educativa con el apoyo de diapositivas.		Se realizará la retroalimentación con el apoyo de imágenes y un video.		Se volverá a realizar las preguntas de la motivación con la finalidad de evaluar y reforzar los conocimientos.	

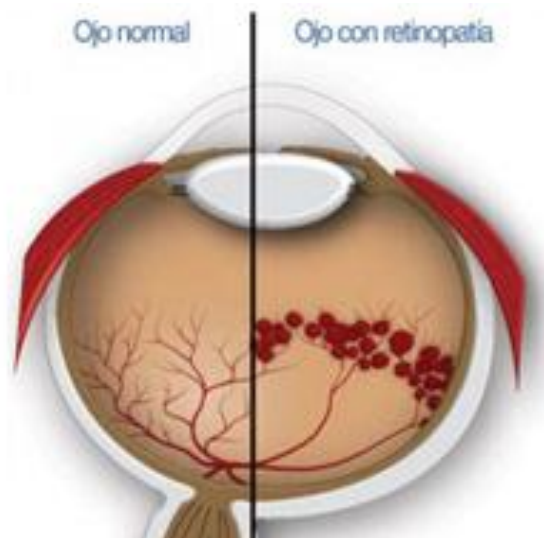
Las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus se dividen en 2 grupos importantes



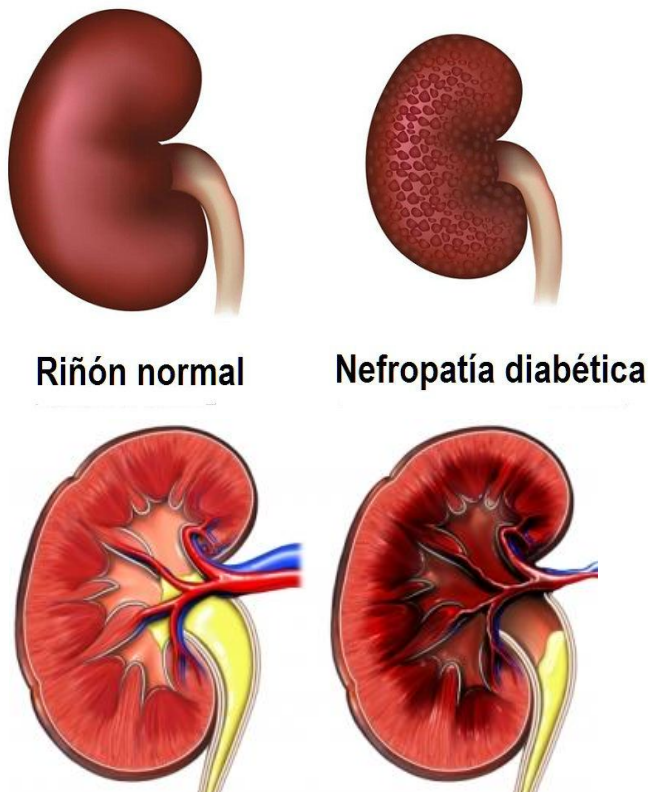
## 1. Complicaciones microvasculares

### Daño ocular (Retinopatía)

Esto va dañando los vasos sanguíneos de la retina. La retina es necesaria para ver con claridad, además, esta complicación puede traer ceguera, cataratas o disminución de la visión.



## Daño renal (Nefropatía)

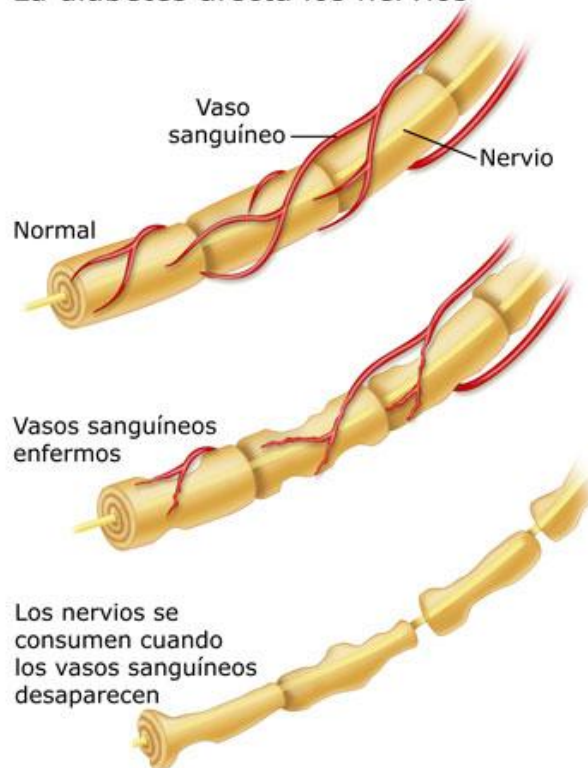


Los riñones tienen millones de diminutos vasos sanguíneos que actúan como filtros que eliminan desechos de la sangre. La diabetes daña los riñones y a largo plazo produce insuficiencia renal.

## Daño a los nervios (Neuropatía)

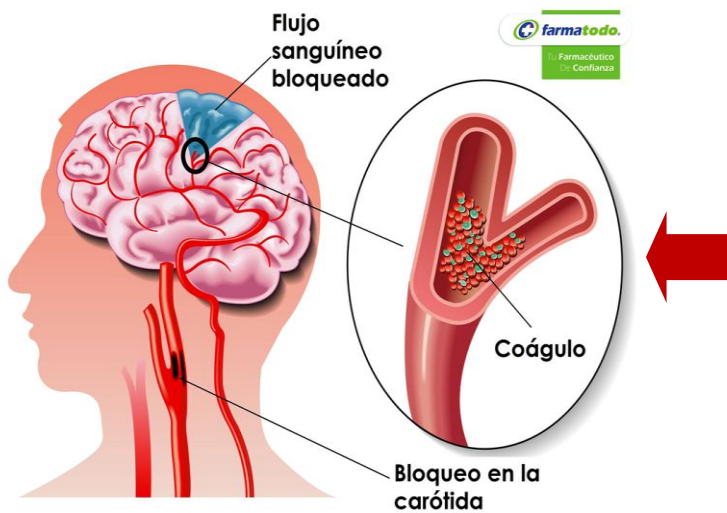
Con el tiempo, las personas con diabetes pueden desarrollar daño de los nervios en todo el cuerpo porque hay una disminución del flujo sanguíneo y un nivel de azúcar alto en la sangre. El daño de los nervios produce una falta de sensibilidad o la sensibilidad exagerada de las sensaciones.

La diabetes afecta los nervios



## 2. Complicaciones macrovasculares

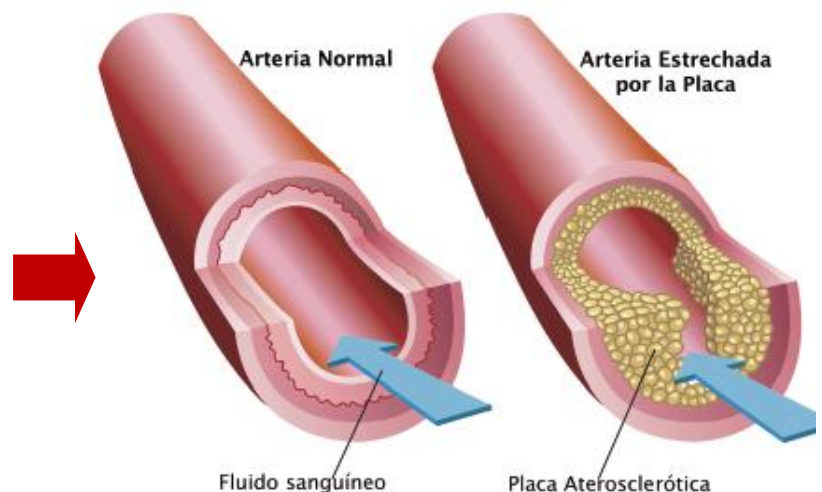
# Derrame cerebral o accidente cerebro vascular



Múltiples estudios indican que la diabetes aumenta el riesgo de sufrir un derrame cerebral. Los episodios de hiperglicemia dañan las arterias, haciéndolas más rígidas y duras, favoreciendo la acumulación de grasa. Esto ocasionará un bloqueo en el flujo de la sangre en lugares claves como el corazón y el cerebro.

## Enfermedad coronaria

Es causada por el endurecimiento y obstrucción de las arterias (aterosclerosis). Los niveles de azúcar elevados en sangre también promueven la formación de placas lo que produce ataque al corazón. La alta presión sanguínea, el colesterol y los triglicéridos altos incrementan adicionalmente este riesgo.



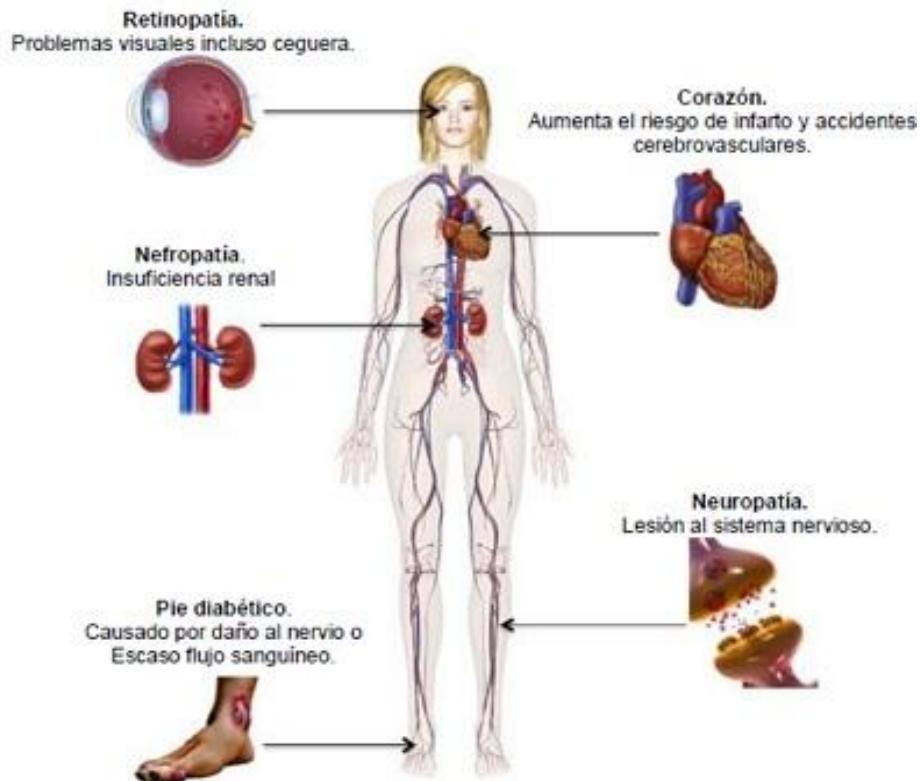
# Pie diabético

Pie diabético



Es una infección, ulceración o destrucción del tejido de los pies y es frecuente en los diabéticos, como consecuencia del daño que sufren los vasos sanguíneos porque no reciben suficiente sangre y oxígeno. En los casos graves pueden inclusive causar una amputación.

## 3. Resumen



## SESIÓN 3

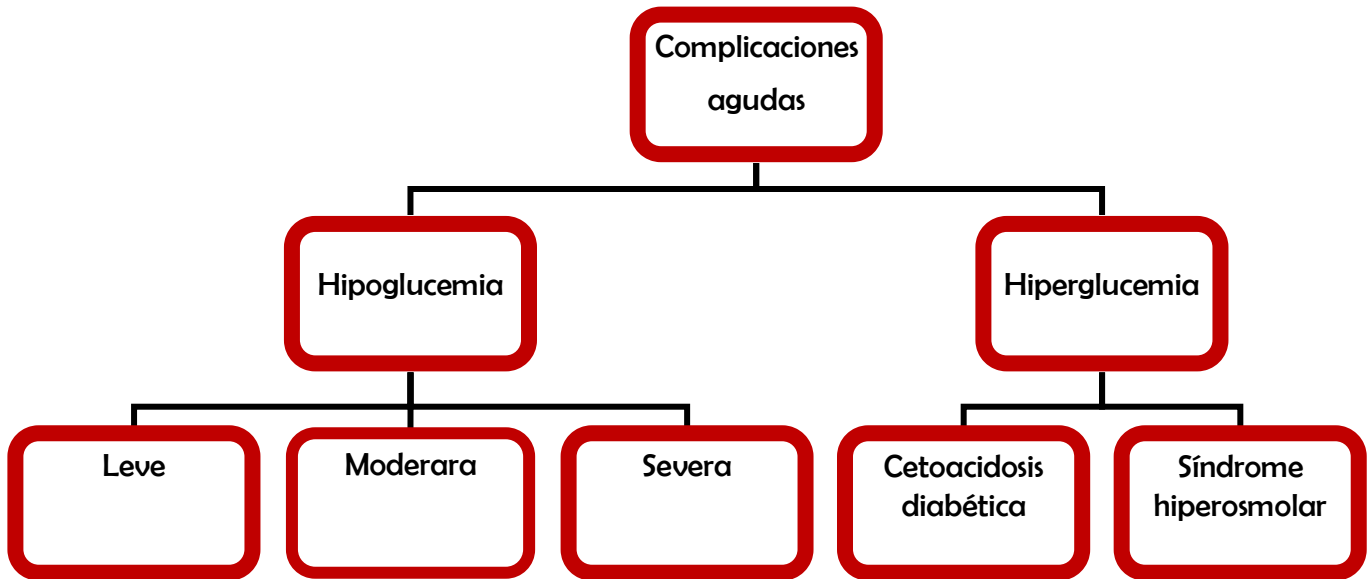
### 1. Aprendizajes esperados

- Los pacientes definirán la hipoglucemia e hiperglucemia
- Los pacientes desarrollarán un pupiletras al finalizar la sesión educativa.
- Los pacientes se comprometerán a poner en práctica lo aprendido en la sesión educativa.

### 2. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
Se realizará la dinámica titulada: "Cuando yo a la selva fui"		Se mostrará un video relacionado con el tema		Se brinda la sesión educativa con el apoyo de diapositivas.		Se realizará la retroalimentación en grupos con el apoyo de imágenes.		Los pacientes desarrollarán un pupiletras relacionado a la sesión brindada.	

Las complicaciones agudas de la diabetes mellitus se dividen en 2 grupos:



## 1. Hipoglucemia

Es una condición que se caracteriza por niveles bajos de azúcar en la sangre, usualmente menos de **70 mg/dl**.

¿Cuales son las causas más frecuentes?



Excesiva dosis de los medicamentos o mala administración



Excesiva actividad física



Retraso en las comidas o poco aporte de carbohidratos



**TIPOS**

**LEVE**

Es el tipo más común de hipoglucemias. En este tipo los síntomas son: hambre, sudoración, cansancio y debilidad.

**MODERADO**

Existe evidente alteración de la función motora, confusión o conducta inadecuada, pero está lo suficientemente alerta para el autotratamiento.

**GRAVE**

La que ocasiona coma, convulsiones o alteraciones neurológicas, precisando ayuda de otra persona.

¿Cómo prevenir la hipoglucemia?

Tomar o administrar correctamente las dosis de los medicamentos

Planificar con anticipación la actividad física que se va a realizar para poder tener las precauciones necesarias

Realizarse un control de glucemia (hemoglucotest)

Evitar el consumo de alcohol

¿Cómo tratar la hipoglucemia?

Tomar alimentos de absorción rápida (azúcar, frutas dulces) si el paciente presente una ligera disminución del azúcar en sangre

En caso de perder la conciencia, llevar al paciente a un establecimiento de salud

**NUNCA** tomar o administrarse doble dosis de la medicación



## 2. Hiperglucemia

Es una condición que se caracteriza por niveles altos de azúcar en la sangre, usualmente mayor de **140 mg/dl**.

¿Cuáles son las causas más frecuentes?



Estrés emocional



Comer excesivamente



Olvidarse de los medicamentos



No hacer actividad física



Tomar medicamentos con acción hiperglucemiante (corticoides y otros)

Aumento de sed

Aumento de la necesidad de orinar

Cansancio

Posibles infecciones de la piel



¿Cuáles son los síntomas?

Cetoacidosis diabética	Síndrome hiperosmolar no cetósico
<ul style="list-style-type: none"><li>- Mayormente es una complicación de la diabetes tipo 1</li><li>- Ocurre cuando el cuerpo usa la grasa como fuente de energía y no el azúcar. Cuando la grasa se descompone para darle la energía al cuerpo, se acumulan unos químicos llamados cetonas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mayormente es una complicación de la diabetes tipo 2.</li><li>- Causa deshidratación extrema, el plasma se vuelve más concentrado (hiperosmolaridad) y alteración del nivel de conciencia.</li><li>- Las complicaciones incluyen coma, convulsiones y muerte.</li></ul>



**TIPOS DE COMPLICACIONES  
CAUSADOS POR LA  
HIPERGLUCEMIA**

¿Cómo prevenir la hiperglucemia?

Realizarse un control de glucemia (hemogluco test)

Tomar o administrar correctamente las dosis de los medicamentos

Seguir la dieta pautada y realizar actividad física

¿Cómo tratar la hiperglucemia?

Mantenerse hidratado

Ir a un establecimiento de salud, para una atención especializada

**NUNCA** tomar o administrarse doble dosis de la medicación



## SESIÓN 4

### 1. Aprendizajes esperados

- Los pacientes mencionarán la importancia del autocuidado
- Los pacientes escribirán todos los componentes del autocuidado al finalizar la sesión educativa.
- Los pacientes se comprometerán a mejorar las prácticas de autocuidado de la enfermedad.

### 2. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
Se realizará la dinámica titulada: "Era una sandía"		Se mostrará un video relacionado con el tema		Se brinda la sesión educativa con el apoyo de diapositivas.		Se formarán grupos y se les entregará una parte del tema, con la finalidad que sea explicado frente a todos los pacientes.		Los pacientes escribirán los componentes necesarios para un adecuado autocuidado de la diabetes mellitus.	

## 1. ¿Qué es el autocuidado?

conjunto de acciones que la persona adopta para el beneficio de su salud.



## 2. Componentes del autocuidado en diabetes mellitus

### 1. Cuidado dietético



Una alimentación adecuada es el pilar fundamental para un estricto control metabólico, además, se puede disminuir el avance de la enfermedad.

### 2. Actividad física

La actividad física mejora y controla el nivel de glucemia, además, contribuye a la pérdida de peso y mejora el bienestar físico.



### 3. Control médico



El control médico es una de las actividades que se realiza con el objetivo de disminuir la aparición de complicaciones.

### 4. Tratamiento farmacológico

Es el cumplimiento en la toma o administración de sus medicamentos con responsabilidad.



### 5. Cuidado del pie diabético



Permite prevenir la aparición de úlceras y futuramente amputaciones.

## SESIÓN 5

### 1. Aprendizajes esperados

- Los pacientes mencionarán la importancia del cuidado dietético.
- Los pacientes seleccionarán los alimentos que pueden consumir al finalizar la sesión educativa.
- Los pacientes se comprometerán a cuidar su alimentación para prevenir la aparición de complicaciones.

### 2. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
Se realizará una escenificación relacionado al tema.		Se realizará las siguientes preguntas:  ¿Habrán algunos alimentos que las personas con diabetes deben evitar?  ¿Será importante cuidar la alimentación?		Se brinda la sesión educativa con el apoyo de diapositivas.		Se realiza la retroalimentación con el apoyo de un video informativo.		Se le dará a los pacientes una lista de alimentos para que puedan seleccionar sólo los aquellos que pueden consumir.	

## 1. ¿Por qué es importante?

Una alimentación adecuada es el pilar fundamental para un estricto control metabólico, debido a que con una buena alimentación se puede disminuir el avance de la enfermedad.

## 2. ¿Qué alimentos puede consumir?

La clave en la diabetes es consumir una variedad de alimentos saludables de todos los grupos, en las cantidades establecidas en su plan de alimentación.

### verduras

Sin almidón: incluyen brócoli, zanahorias, vegetales de hojas verdes, pimientos y tomates.



### Frutas

Con antioxidantes, vitaminas y fibra: Incluye naranjas, melones, fresas, manzanas, guayaba, kiwi,

### Granos

Por lo menos la mitad de los granos del día deben ser integrales: incluye trigo, arroz, avena, maíz, cebada y quinua y pan.





### **proteínas**

carne magra (con poca grasa), pollo o pavo sin el pellejo, pescado, huevos, fríjoles secos y otras leguminosas como garbanzos y guisantes partidos y sustitutos de la carne como el tofu.

### **Lácteos descremados o bajos en grasa**

leche descremada, yogur natural de preferencia, leche de soya



### **Grasas naturales**

Aceite de oliva, frutos secos y en la palta



### **3. ¿Qué alimentos evitar?**

Los lácteos enteros como leche, nata, flanes.

La carne de cerdo y sus derivados, embutidos, hamburguesas, conservas.

Las frutas como el mango, chirimoya, pasas, plátano, uva, piña y papaya.

tortas, pasteles, dulces

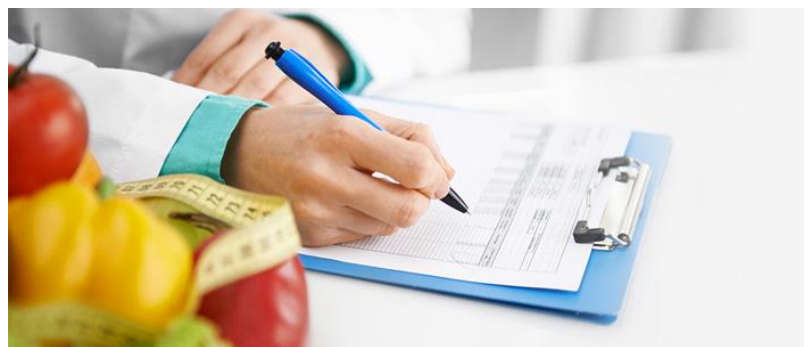
Refrescos dulces, café, bebidas alcohólicas o con chocolate.

Evitar verduras con bastante cantidad de almidón tales como: zanahoria, beterraga y alverjas

Las grasas saturadas, como aquellas en el aceite de cocina, la margarina, la piel del pollo, evitar también las frituras.

### ¡IMPORTANTE!

Todos los pacientes deben pasar una consulta especializada con la nutricionista para una mejor educación en la alimentación



## SESIÓN 6

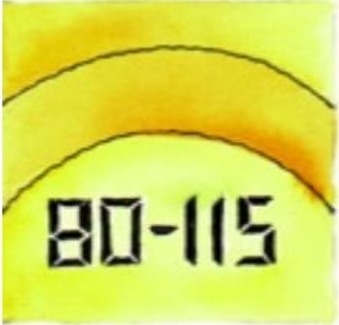
### 1. Aprendizajes esperados

- Los pacientes mencionarán la importancia de la actividad física y sus beneficios.
- Los pacientes realizarán una demostración uno de los ejemplos de actividad física.
- Los pacientes se comprometerán a realizar actividad física.

### 2. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
Se realizará una dinámica  Mi equilibrio con la pelota de pie, formando un círculo, brazos extendidos delante, la pelota sobre la palma de la mano, desde la posición inicial, van caminando libremente por todo el espacio, esquivándose de los contrincantes sin dejar caer la pelota.		Se realizará las siguientes preguntas:  ¿Cuáles son los beneficios de la actividad física?  ¿Cuánto tiempo debe durar la actividad física?  ¿Qué tipo de actividad física se debe realizar?		El desarrollo del tema se realizará con el apoyo de las diapositivas y talleres demostrativos.		Tres participantes saldrán al frente a hacer un resumen de lo aprendido.		Los participantes realizarán una demostración de las actividades físicas aprendidas	

## LA ACTIVIDAD FISICA ES BENEFICIOSA PARA USTED



*Ayuda a bajar el azúcar en la sangre*



*También ayuda a bajar de peso y mantenerse bien*



*Sirve para mantener su corazón saludable y sus huesos más firmes*



*Le ayuda a manejar el estrés y sentirse con más energía*

## Ejercicios recomendables para los diabéticos



El tipo de ejercicio indicado depende de la edad, el estado físico y de la motivación o interés de la propia persona.

En la diabetes son recomendables las prácticas aeróbicas como caminar, trotar, la natación, el tenis, el fútbol.

La actividad física debe ser progresiva en su duración, intensidad y frecuencia: se puede comenzar con sesiones de 5 a 10 minutos e ir aumentando lentamente a 30 minutos, tres veces por semana o diariamente.

## TENGA EN CUENTA



**Hágase un control médico antes de iniciar su plan de actividad**



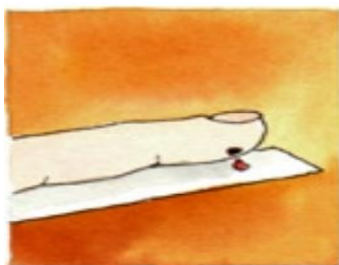
**Comience de a poco**



**Al empezar, estírese por 5 a 10 minutos**



**Realícela regularmente, idealmente todos los días**



**Controle su azúcar antes y después de la actividad física y registre los resultados.**



**Lleve colación. Pregúntele al médico si necesita bajar sus remedios para la diabetes. Analice el registro de auto-control con su médico. Puede ser necesario hacer cambios en el tratamiento**



**Tome mucha agua. Antes, durante y después del ejercicio**



**Use calzado adecuado para la actividad; lleve su identificación**

## Indicaciones prácticas para salir a caminar



- Lleve algún alimento azucarado de emergencia, por si le baja el azúcar en la sangre
- Lleve agua y planee hacer altos para beberla,
- Evite realizar ejercicios al atardecer
- Recuerde que al terminar su ejercicio debe hacerse el autocontrol para determinar el nivel de azúcar en su sangre

## EJEMPLOS DE EJERCICIOS



Caminar diariamente 20 a 30 minutos. Aumentar en forma gradual el ritmo y la distancia.

De pie, con las manos en la cadera, suba alternadamente una y otra mano hasta la axila y bájela nuevamente hasta la cadera, en series de diez cada vez.



Sentado en una silla, con los brazos cruzados por delante, pararse y sentarse en series de diez cada vez.



De pie, manos a los lados, sin doblar las rodillas, póngase de puntilla en series de diez veces.

Parado, ponga un pie sobre un libro y apóyese con la mano del mismo lado en una mesa; luego balancee la otra pierna en series de diez veces. Repita con la otra pierna.



De pie apoyado y con las manos en el respaldo de una silla, levante los talones en forma alternativa sin cambiar de posición, semejando el acto de caminar, en series de diez cada vez.

## SESIÓN 7

### 1. Aprendizajes esperados

- Los pacientes reconocerán la importancia de la adherencia al tratamiento e identificar los tipos de hipoglicemiantes orales y tipos de insulina.
- Los pacientes manejarán correctamente la técnica correcta de aplicación de insulina al finalizar la sesión.
- Los pacientes se comprometerán a cumplir con su tratamiento correctamente.

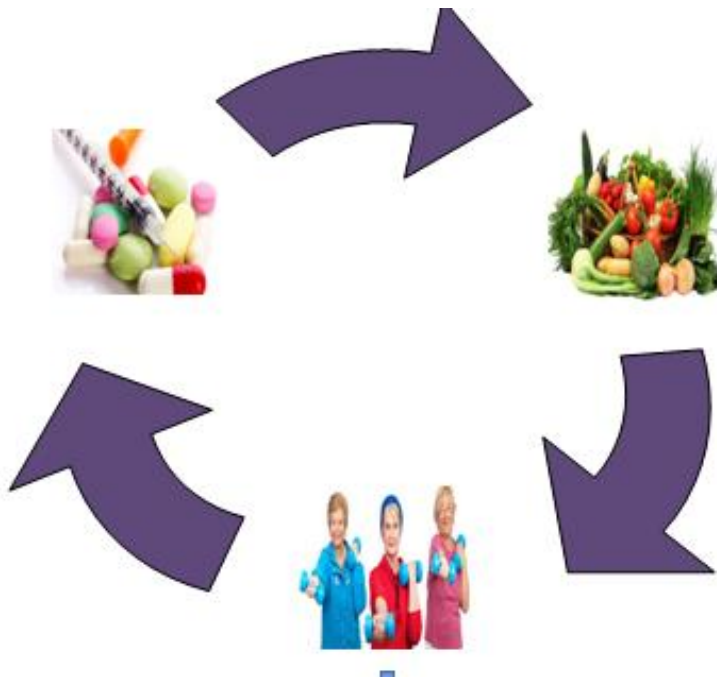
### 2. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
<p>Se cantará: Una tortuguita menea la cabeza estira la patita y así se despereza (x2)</p> <p>Dice el perezoso me duele cabeza, me duele la cintura, me dan ganas de dormir (x2)</p>		<p>Se realizará las siguientes preguntas:</p> <p>¿Qué es la adherencia?</p> <p>¿Será lo mismo hiploglicemiantes orales con la insulina?</p> <p>¿Si se olvida administrarse el tratamiento a la hora indicada se debe administrarse el doble?</p>		<p>El desarrollo del tema se realizará con el apoyo de las diapositivas y talleres demostrativos.</p>		<p>Se realizará el repaso de puntos importantes con la participación de cada uno de los pacientes.</p>		<p>Tres pacientes saldrán al frente para demostrar la técnica correcta de aplicación de insulina.</p>	



La adhesión al tratamiento no se refiere simplemente al acto de tomar los medicamentos o aplicarse la insulina, sino también a la forma de cómo se maneja el tratamiento en relación con la dosis, horario, frecuencia y duración.

## Consideraciones importantes



Los medicamentos para controlar los niveles de glucosa son un complemento. La base de su control es la dieta y el ejercicio. Ningún medicamento logra un control de la glucosa si no hay cambios en el estilo de vida.

## 1. Hipoglicemiantes orales



Se usan en el tratamiento de la diabetes tipo 2. Se llaman hipoglicemiantes porque bajan el azúcar en la sangre. Las pastillas hipoglicemiantes pueden ayudar al cuerpo a producir más insulina o a hacer que usen mejor su propia insulina.

Existen muchos tipos de hipogluce miantes y los más conocidos son:



**Glibenclamida:** Este grupo de fármacos estimula al páncreas a liberar más cantidad de su propia insulina para poder controlar la glucosa y son conocidos como hipoglicemiantes.



**Metformina:** Evita que la glucosa suba demasiado, de ahí su seguridad en no producir cuadros de hipoglucemia. La metformina, permite que la glucosa de la sangre ingrese con mayor facilidad a los tejidos para ser utilizada.

## Para obtener todos los beneficios de sus medicamentos tome en cuenta lo siguiente:

Tome sus medicamentos en el horario establecido y en la cantidad.

No se administre medicamentos que no hayan sido autorizados por un médico.

Si usted no logra controlar su glucosa con la dosis recomendada por su médico, acuda a su médico para que le reajuste la dosis, nunca lo haga usted solo.

No exceda su consumo más allá de la recomendación de su médico pues puede ocurrir una hipoglucemia o puede intoxicarse

La **metformina** debe tomarse siempre inmediatamente después de las comidas

La **glibenclamida** siempre debe ser tomada 15 a 30 minutos antes de los alimentos para que usted logre controlar la glicemia adecuadamente.


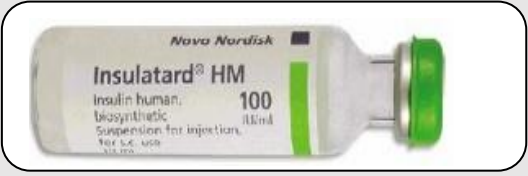


## 2. Administración de Insulina






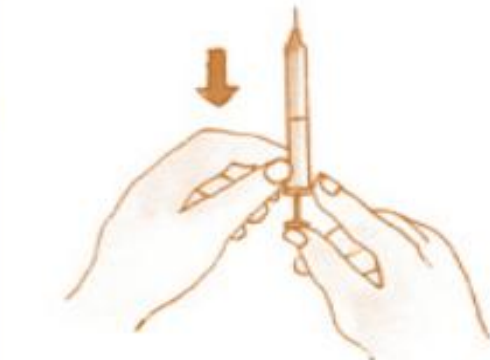

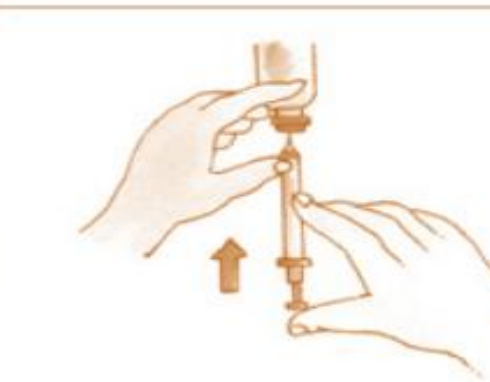
La cantidad y el tipo de insulina a utilizar tienen como objetivo mantener normales los niveles de azúcar en la sangre.

## 3. Tipos de insulina

<p>Insulina rápida o cristalina</p> 	<p>Es transparente como el agua. Inicia su acción 30 minutos después de inyectada. Tiene su máximo efecto a las 2 - 3 horas después de inyectada. Su acción total es de 6 a 8 horas.</p>
<p>Insulina rápida (ultra-rápida) LISPRO</p>	<p>Insulina cristalina (transparente como el agua) comienza a actuar a los 5 minutos después de inyectada. Máxima acción 1 hora después. Termina su efecto en 2 a 4 horas.</p>
<p>Insulina Lenta o NPH Es de color lechoso</p> 	<p>Comienza a actuar 2 a 3 horas después de inyectada: Tiene su máxima a las 6 - 8 horas después de inyectada. Su acción total es de 20 a 22 horas.</p>
<p>Ultralenta</p>	<p>Comienza en forma paulatina 2 horas después de inyectada. Su acción es pareja. Su efecto total dura alrededor de 36 horas.</p>

Estos tipos de insulina se pueden usar juntas o separadas, según lo indique el médico.

## Técnica de la inyección de la insulina

 <p>1. Lávese las manos con agua y jabón.</p>	 <p>4. Gire despacio entre las manos el frasco de insulina lechosa, hasta que quede bien mezclada. No hace falta agitar la insulina rápida o transparente.</p>
 <p>2. Prepare el material necesario y descúbrase el sitio de la inyección.</p>	 <p>5. Aspire aire en la jeringa, tirando del émbolo hacia atrás, hasta la dosis requerida.</p>
 <p>3. Desinfecte el tapón de goma del frasco con un algodón mojado en alcohol.</p>	 <p>6. Pinche con la aguja el tapón de goma del frasco e introduzca todo el aire en el mismo.</p>



7. Ponga el frasco de insulina, con la jeringa y aguja clavada, vertical hacia abajo. Tire del émbolo lentamente hasta cargar las unidades requeridas y algo más. Elimine las burbujas de aire golpeando con el dedo la jeringa. Luego, deje las unidades exactas a inyectarse introduciendo el resto en el frasco. Retire la jeringa



10. Clave con decisión la aguja en la piel hasta el final. El ángulo de inyección varía de 45 a 90 grados, según el grosor de la piel de la zona; 90 grados si es gordo.



8. Desinfecte la piel de la zona de inyección, frotándola con un algodón mojado en alcohol.



11. Suelte el pellizco. Tire del émbolo hasta arriba: Si no ve sangre en su interior, continúe. Si en alguna ocasión observa sangre, retire la jeringa y comience de nuevo.



9. Pellizque entre los dedos la piel del sitio de inyección.



12. Empuje el émbolo hasta el final con cuidado, inyectando toda la insulina.



## Zonas de la inyección de la insulina



Frente del cuerpo



Detrás del cuerpo

## SESIÓN 8

### 1. Aprendizajes esperados

- Los pacientes mencionarán la importancia del control médico y beneficios
- Los pacientes armarán rompecabezas al finalizar la sesión educativa
- Los pacientes se comprometerán a asistir puntualmente a sus controles.

### 2. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
<p>Se cantará:</p> <p>Cabeza, hombros, rodillas y pies.</p> <p>Cabeza, hombro, rodilla y pie.</p> <p>Ojos, orejas, boca y nariz, cabeza, hombros, rodillas y pies.</p>		<p>Se realizará las siguientes preguntas:</p> <p>¿Por qué es importante asistir al control médico?</p> <p>¿Sólo se debe acudir al médico cuando se siente mal?</p> <p>¿Qué hacer para un llevar un buen control médico?</p>		<p>El desarrollo del tema se realizará con el apoyo de las diapositivas y talleres demostrativos.</p>		<p>Se escogerá a cualquiera de los participantes para que pueda explicar el tema tratado.</p>		<p>Los pacientes armarán un rompecabezas relacionado con el tema.</p>	

El control de la diabetes depende de muchos factores. Muchos de ellos dependen directamente del paciente, por lo que su participación es indispensable para lograr un buen control.



El médico y todo el equipo de salud están encargados de solicitarle los estudios que debe realizarse y de enviarlo con un especialista en caso de que sea necesario.



## Recuerde que para lograr un adecuado control:

- ▶ Llevar la dieta, hacer actividad física y tomar los medicamentos.
- ▶ No faltar a su cita con el médico.
- ▶ Asistir mensualmente a su cita con la enfermera del programa adulto y adulto mayor.
- ▶ Acuda a evaluación por un oftalmólogo por lo menos una vez al año (para ver si tiene algún problema en los ojos).
- ▶ Debe hacerse pruebas de la **función renal** por lo menos una vez al año
- ▶ Acercarse con la enfermera de inmunizaciones para que le apliquen la vacuna contra la influenza una vez al año.
- ▶ Acuda al dentista a revisión por lo menos cada 6 meses ya que la diabetes favorece infecciones, caries y pérdida de los dientes.
- ▶ Asista puntualmente a su toma de muestra de sangre en laboratorio



2. Control de presión arterial

1. Control de peso

3. Control de glucosa en ayunas

5. Derivar con la nutricionista



4. Revisión de la tarjeta de control

- ▶ No se desanime, no siempre es fácil lograr el control o mantenerlo, es un proceso que a veces puede parecer lento, pero que lo llevará a sus objetivos.
- ▶ Si usted logra llevar un buen control de sus niveles de glucosa puede tener una calidad de vida normal durante mucho tiempo.

## SESION 9

### 1. Aprendizajes esperados

- Los pacientes conocerán la importancia del cuidado de los miembros inferiores.
- Los pacientes demostrarán el correcto cuidado de los miembros inferiores.
- Los pacientes se comprometerán a practicar un correcto cuidado de sus miembros inferiores

### 2. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
Se cantará la canción titulada: "Da una sonrisa"		Se realizará las siguientes preguntas:  ¿Será importante cuidarse los pies?  ¿La persona con diabetes puede llegar a perder sus pies?		El desarrollo del tema se realizará con el apoyo de las diapositivas y talleres demostrativos.		Cada uno de los participantes compartirá lo aprendido con los demás.		Los participantes describieron y demostraron el correcto cuidado de sus miembros inferiores.	

## 1. ¿Por qué es importante cuidarse los pies?

Para detectar a tiempo o prevenir la aparición de úlceras y reducir el riesgo de amputación.



Revisar los pies todos los días y comprobar que no haya hinchazón, callos, durezas, uñas encarnadas o cortes en la piel



Lavar los pies a diario con un jabón neutro y agua templada



Secar bien los pies especialmente entre los dedos



Utilizar crema hidratante pero no entre los dedos.



Limar las uñas con una lima de cartón



No caminar descalzo, ni siquiera dentro de la casa



Usar zapatos cómodos, flexibles sin mucho tacón y con puntería redondeada



Utilizar medias de algodón sin costuras ni elásticos que opriman la piel



No aplicar calor ni frío directamente a los pies



Realizar ejercicios de los pies

## SESION 10

### 1. Aprendizajes esperados

- Los pacientes definirán la autoestima, conocerán la importancia de conocerse, aceptarse y valorarse.
- Los pacientes describirán sus cualidades al finalizar la sesión educativa.
- Los pacientes se comprometerán a valorarse y aceptarse.

### 2. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
<p>Se realizará una dinámica titulada: "Nombres y adjetivos".</p> <p>Los participantes piensan en un adjetivo para describir cómo se sienten y cómo están.</p>		<p>Se realizará las siguientes preguntas:</p> <p>¿Qué es la autoestima?</p> <p>¿Cómo puedo lograr tener una buena autoestima?</p> <p>¿Qué cualidades tiene cada uno?</p>		<p>El desarrollo del tema se realizará con el apoyo de las diapositivas.</p>		<p>Dos pacientes saldrán al frente y explicaran en resumen sobre la autoestima.</p>		<p>Los pacientes en un papel bond tendrán que dibujarse y describir sus cualidades.</p>	



La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos dirigidos hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos.

**Autoestima alta** sentirse capaz y valioso

**Autoestima baja** sentirse equivocado como persona

- ▶ La auto estima es la sensación interna de satisfacción o insatisfacción con uno mismo
- ▶ Es cuando me quiero y me valoro
- ▶ Las personas con alta autoestima son capaces de reconocer sus virtudes y mejorar sus defectos



## SESION 11

### 1. Aprendizajes esperados

- Los pacientes definirán la resiliencia y conocerán su importancia.
- Los pacientes comentarán entre ellos cuales son las características de una persona resiliente.
- Los pacientes se comprometerán a practicar la resiliencia.

### 2. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
<p>Se realizará la dinámica titulada: "Emparejar las tarjetas"</p> <p>Se escoge un cierto número de frases bien conocidas y se escribe la mitad de cada frase en un pedazo de papel, cada participante toma un pedazo de papel y trata de encontrar al miembro del grupo que tiene la otra mitad de su frase.</p>		<p>Se realizará las siguientes preguntas:</p> <p>¿Qué es la resiliencia?</p> <p>¿Por qué es importante ser resiliente?</p> <p>¿Será lo mismo autoestima con resiliencia?</p>		<p>El desarrollo del tema se realizará con el apoyo de las diapositivas.</p>		<p>Mediante un gráfico se presentará un resumen del tema.</p>		<p>Se les presentará a los pacientes diversas situaciones en donde tendrán que explicar cómo afrontar cada situación.</p>	

Es la capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida y salir de ellas.



## Importancia

- ▶ Permite sobreponerse
- ▶ Incrementar la autoconfianza
- ▶ Fortalecer las actitudes
- ▶ Aprender de los errores
- ▶ Enfrentar los problemas
- ▶ Ser positivo y creativo
- ▶ Oportunidad de crecimiento
- ▶ Mejor calidad de vida
- ▶ Autocontrol



<b>YO TENGO</b> (Soporte social)	<b>YO SOY</b> (Fortaleza interna)	<b>YO ESTOY</b> (Fortaleza interna)	<b>YO PUEDO</b> (Habilidades )
<p>Persona del entorno en quienes confió y me quieren incondicionalmente</p> <p>Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas</p> <p>Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder</p> <p>Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo</p> <p>Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender</p>	<p>Una persona por lo que otros sienten aprecio y cariño</p> <p>Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto</p> <p>Respetuoso de mí mismo y del prójimo</p>	<p>Dispuesto a responsabilizarme de mis actos</p> <p>Seguro de que todo saldrá bien</p>	<p>Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan</p> <p>Buscar la manera de resolver los problemas</p> <p>Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien</p> <p>Buscar el momento apropiado para hablar con alguien</p> <p>Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito</p>

## SESION 12

### 3. Aprendizajes esperados

- Los pacientes definirán la importancia del control de estrés.
- Los pacientes demostraran las técnicas de relajación
- Los pacientes se comprometerán a tener mayor control del estrés.

### 4. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
Se realizará una dinámica titulada:  Sillas cooperativas		Se realizará las siguientes preguntas:  ¿Qué es el estrés?  ¿Por qué es importante el control de estrés?  ¿Será que el estrés aumenta el nivel de azúcar en sangre?		El desarrollo del tema se realizará mediante conversatorios y e imágenes con mensajes fuerza y talleres con diferentes técnicas de relajación.		Los participantes escenificaran lo aprendido a modo de resumen.		Los participantes demostraran las técnicas de relajación.	

# CONTROL DEL ESTRÉS

Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.



El estrés provoca:

Angustia

Disminución de la concentración

Tensión muscular

Cansancio constante



Irritabilidad

Mareos

Apatía

Perdida o aumento de ...

Olvido

Sentimiento de frustración

## Si estas estresado:



El azúcar en la sangre  
sube



Olvida tomar sus  
medicamentos



Comer en exceso

## Que hacer para evitar o manejar el estrés



Tómese las cosas con  
calma. Dése un tiempo  
para divertirse y pasarlo  
bien, todos los días



Mantenga contacto y una  
buena comunicación con  
sus familiares y amigos.



Aprenda a relajarse

## SESION 13

### 2. Aprendizajes esperados

- Los pacientes definirán que es el autocontrol.
- Los pacientes describirán como mejorar el autocontrol la sesión educativa.
- Los pacientes se comprometerán a tener el control sobre su enfermedad.

### 3. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
Se realizará una dinámica titulada:  El espejo		Se realizará las siguientes preguntas:  ¿Qué es el autocontrol?  ¿Cuáles son las consecuencias de no tener un buen autocontrol?  ¿Cuáles son las técnicas de autocontrol?		El desarrollo del tema se realizará con el apoyo de las diapositivas, imágenes y talleres de autocontrol		Tres pacientes saldrán al frente y cada uno mencionara lo aprendido.		Los pacientes escenificaran diferentes situaciones en la que se ve involucrada el autocontrol	

**Capacidad de control o dominio sobre uno mismo.**

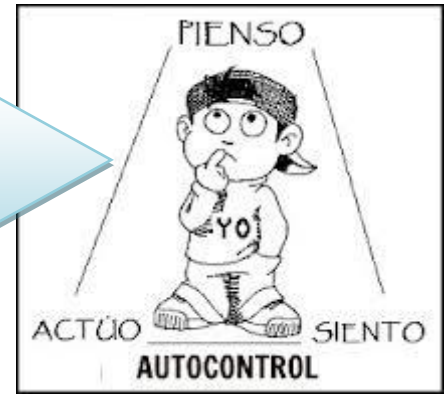


**La falta de control lleva a:**

- **Ser irracional**
- **Los insultos**
- **La desesperación**
- **Es estrés**
- **Las reacciones impulsivas**



# Técnicas de autocontrol



Conocer las propias emociones



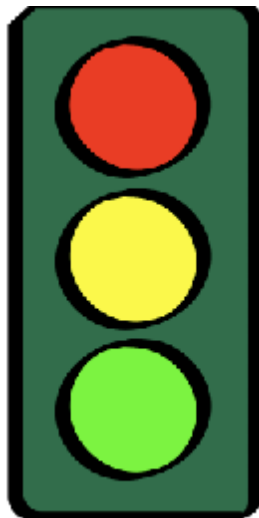
Guiar las emociones



Controlar la motivación



Manejar las relaciones con el entorno



- ✓ Detente, cálmate, y piensa antes de actuar.
- ✓ Cuenta el problema y di cómo te sientes
- ✓ Proponte un objetivo positivo
- ✓ Piensa en las consecuencias posteriores
- ✓ Piensa en las consecuencias posteriores

Para un buen autocontrol realizar las técnicas de relajación y respiración; asimismo, tener una dieta balanceada, realizar actividad física y confianza en Dios.

## SESION 14

### 4. Aprendizajes esperados

- Los pacientes definirán afrontamiento y porque es importante.
- Los pacientes describirán situaciones que tuvieron que enfrentar .
- Los pacientes se comprometerán a tener una actitud positiva frente a la enfermedad.

### 5. Secuencia didáctica

Animación	5 min	Motivación	5 min	Apropiación	30 min	Transferencia	10 min	Evaluación	10 min
Se mostrara un video de superación de adversidades.		Se realizará las siguientes preguntas:  ¿Qué es el afrontamiento?  ¿Podré salir adelante con la enfermedad?		El desarrollo del tema se realizará mediante mensaje fuerza, conversatorio y taller de situaciones difíciles.		Se realizara una retroalimentación mediante los imágenes y mensajes fuerza		Los pacientes compartirán situaciones similares que enfrentaron.	

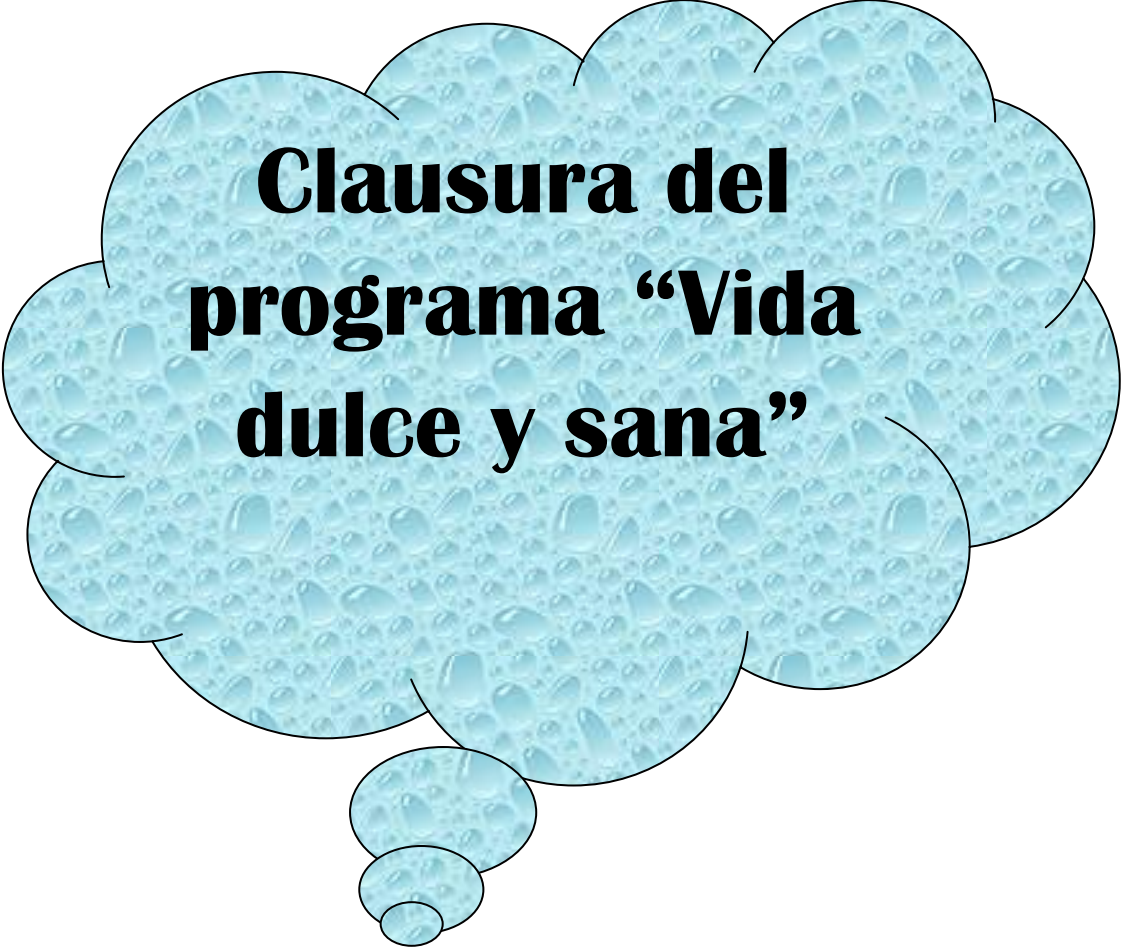
**Es la capacidad de que el ser humano tiene de sobrellevar la situación- problema.**



- ♣ **Habilidades de afrontamiento:**
- ♣ **Adaptarnos a la situación y convertirlo a algo positivo**
- ♣ **Buscar establecer un nuevo estilo de vida**
- ♣ **Controlar las emociones**
- ♣ **Saber escuchar**
- ♣ **Tener mucha fe en Dios**



Sesión n° 15



## **Clausura del programa “Vida dulce y sana”**