

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

**EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO
DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y
CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES. HOSPITAL GENERAL
JAÉN - 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL "ÁREA DEL CUIDADO PROFESIONAL -
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIA Y DESASTRES
CON MENCIÓN EN CUIDADOS HOSPITALARIOS"**

INVESTIGADORAS

Lic. Enf. CARMELA TANTALEÁN TROYES

Lic. Enf. LUCRECIA YULIA AKINTUI TAAN

ASESORA

Dra. TOMASA VALLEJOS SOSA

LAMBAYEQUE, 2018

Mg. NORA ELISA SÁNCHEZ DE GARCÍA
PRESIDENTA

Mg. ROSARIO CLOTILDE CASTRO AQUINO
SECRETARIA

Mg. MARÍA LUCÍA CHANAMÉ CARRETERO
VOCAL

Dra. TOMASA VALLEJOS SOSA
ASESORA

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAHP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N° 03 Expediente: 795-2018-UPG-FE Folio N° 146
Licenciada: Lucrécia Yulía Akintui Taan

en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque, a las 1:22 pm horas del día 13 de setiembre de 2018, Los señores

Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 111-2017-D-FE

PRESIDENTE: Mg. Nora Elisa Sándiz de García

SECRETARIO: Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino

VOCAL: Mg. María Lucía Chaname Curretero

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Efecto de un programa educativo en el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de daños no transmisibles. Hospital General Jaén - 2017"

patrocinada por el profesor (a) Dra. Teresa Vallejos Sosa

Presentada por el (los) Licenciados (a) Carmela Tantaleán Torres y Lucrécia Yulía Akintui Taan

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad: "Área del Cuidado Profesional - Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres con mención en Unidades Hospitalarias"

Sustentada la Tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró Aprobado por Unanimidad, las tesis con el calificativo de BUENO; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

Nora Elisa Sándiz de García
PRESIDENTE

Juan Carlos
VOCAL

Rosario Clotilde Castro Aquino
SECRETARIO

Carmela Tantaleán Torres
PATROCINADOR

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAHP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N° 03 Expediente: 1571-2018-UPG-FE Folio N° 148
Licenciada: Carmela Tantaleán Troyes

en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque, a las 1:00pm horas del día 13 de setiembre de 2018, Los señores

Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 111-2017-D-FE

PRESIDENTE: Mg. Nora Elisa Sánchez de García

SECRETARIO: Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino

VOCAL: Mg. María Lucía Chanamé Carretero

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Ejeto de un programa educativo en el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de daños no transmisibles. Hospital General Tarma - 2017"

patrocinada por el profesor (a) Dra. Teresa Vallijos Sosa

Presentada por el (los) Licenciados (a) Carmela Tantaleán Troyes y Juvenal Yulca Acintui Taca

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad: "Área del cuidado Profesional - Especialista en Enfermería en Emergencia y de Urgencias con atención en unidades Hospitalarias"

Sustentada la Tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró Aprobado por Unanimitad, las tesis con el calificativo de BUENO; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

Nora Elisa Sánchez de García
PRESIDENTE

Rosario Clotilde Castro Aquino
SECRETARIO

Juvenal Yulca Acintui Taca
VOCAL

Teresa Vallijos Sosa
PATROCINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Lic. Enf. CARMELA TANTALEÁN TROYES, Lic. Enf. LUCRECIA YULIA AKINTUI TAAN; Investigadoras Principales y **Dra. TOMASA VALLEJOS SOSA,** Asesora del Trabajo de Investigación “**EFFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES. HOSPITAL GENERAL JAÉN – 2017**”; declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 13 de septiembre de 2018

Lic. Enf. Carmela Tantaleán Troyes
Investigadora

Lic. Enf. Lucrecia Yulia Akintui Taan
Investigadora

Dra. TOMASA VALLEJOS SOSA
Asesora

DEDICATORIA

Dedico a Dios todopoderoso, por bendecirme y haberme permitido lograr una de mis metas como especialista.

A mis recordados padres Baltazar y Manuela, los que en vida me legaron principios, valores y enseñanzas, ellos que desde el cielo son mi guía y refugio en los momentos difíciles de la vida.

Asimismo, a toda mi familia, por su amabilidad y atención incondicional y en especial e inmenso amor, dedico a mis hijos: Marco, George y Kevin, por su cariño, apoyo y comprensión, ellos que son la fuente de mi inspiración y la fortaleza para mi superación.

Carmela T.T.

DEDICATORIA

Dedico a Dios divino, por darme la vida y la sabiduría constante para superarme, a mi compañera Carmela por compartir su tiempo, sus ideas y pensamientos para desarrollar el presente trabajo de investigación.

Finalmente, a mi querida familia, en especial a mis hijos, por su gran comprensión y cariño incondicional.

Lucrecia Yulia A.T.

AGRADECIMIENTO

*A la Directora del Hospital General de Jaén,
Mcs. Nancy Guerrero Velasco, por
concedernos el permiso para desarrollar
esta investigación en esta Institución.*

*A la coordinadora de la ESNPCDNT y a los
profesionales de las unidades y servicios de:
Estadística e informática, laboratorio,
Nutrición y Psicología del HGJ, por su apoyo
incondicional en el desarrollo del Programa
Educativo.*

*A la M.c.s. María A. Valderrama S. por sus
sugerencias y valiosa colaboración en el
desarrollo de nuestra investigación.*

*Al ing. Rigoberto Marín Cubas por su apoyo y
asesoramiento en el proceso estadístico de este
trabajo.*

*A nuestra asesora de tesis: Dra. Tomasa
Vallejos Sosa, por su dedicación y valioso
aporte, quien compartió su fructífera
experiencia científica en el desarrollo de
esta investigación.*

*A nuestro jurado de Tesis: Dra. Nora Elisa
Sánchez de García, Mg. Rosario C. Castro
Aquino y Mg. María L. Chanamé Carretero,
por sus importantes aportaciones y sugerencias
que encaminaron e hicieron posible la presente
investigación.*

Las autoras.

ÍNDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	iii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	viii
ÍNDICE.....	ix
ÍNDICE DE TABLA.....	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	19
1.1. Antecedentes del Problema	19
1.2. Base Teórica	21
1.3. Variables	36
1.4. Definición de términos operacionales	37
1.5. Hipótesis.....	37
CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES.....	39
2.1. Tipo de Investigación	39
2.2. Diseño de Investigación	39
2.3. Población y Muestra.....	40
2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	41
2.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	44
2.6. Principios Éticos.....	44
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	47
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES.....	62
4.1. Conclusiones	62
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES	65
5.1. Recomendaciones.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	74

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1. Nivel de conocimiento de autocuidado antes del programa educativo en la pre-prueba aplicada al paciente diabético de la ESNPCDNT. HGJ-2017.....	47
Tabla 2. Nivel de conocimiento de autocuidado después de impartir el programa educativo en la post-prueba (P2) aplicada al paciente diabético de la ESNPCDNT. HGJ-2017.....	54
Tabla 3. Efecto del programa educativo en el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético de la ESNPCDNT. Hospital General Jaén-2017.	57

RESUMEN

La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa que afecta prioritariamente a la población adulta y que muchas veces sus complicaciones están relacionadas a un deficiente estilo de vida y a la carencia de conocimientos para prevenir dichas complicaciones. El objetivo que guio éste estudio fue determinar el efecto de un Programa Educativo en el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles del Hospital General Jaén-2017, la hipótesis planteada fue que el Programa Educativo tiene un efecto positivo en la mejora del conocimiento de autocuidado del paciente diabético. El tipo de investigación fue cuantitativo, cuasi-experimental y transversal, tuvo como población muestral 14 pacientes diabéticos inscritos en el programa, el método de recolección de datos fue la encuesta y mediante un cuestionario aplicado antes y después del programa educativo permitió obtener los siguientes resultados: antes de aplicado el programa el 92.86 % de los pacientes obtuvieron un nivel de conocimiento de autocuidado deficiente y después de aplicado el programa educativo los conocimientos mejoraron, el 64. 29% obtuvo un nivel de conocimiento muy bueno y el 28.5 % obtuvieron un nivel de conocimiento bueno, corroborándose la hipótesis planteada. Concluyendo que la intervención educativa es una estrategia esencial en la salud pública, de mucha utilidad para mejorar el conocimiento y a través de ella prevenir complicaciones propias de las enfermedades crónicas como la diabetes, la cual va progresivamente en aumento afectando grandes grupos poblacionales.

Palabras claves: Programa educativo, nivel de conocimiento, autocuidado, diabetes mellitus.

ABSTRACT

The diabetes is a degenerative chronic illness that affects primarily the adult population and that often its complications are related to a deficient life style and to the lack of knowledge to prevent the above mentioned complications. The target that guided this study was to determine the effect of an Educational Program in the level of knowledge of autocare of the diabetic patient of the National Sanitary Strategy of Prevention and Control of Not Transmissible Damages of the General Hospital Jaen-2017, the stated hypothesis was that the Educational Program has a positive effect in the progress of the knowledge of autocare of the diabetic patient. The type of investigation was quantitative, quasi-experimental and transversal, it had as a population muestral 14 diabetic patients inscribed in the program, the method of compilation of information was the survey and through a questionnaire applied before and after the educational program it allowed to obtain the following results: before applied the program the 92.86 % of the patients obtained a level of knowledge of deficient autocare and after applied the educational program the knowledge improved, the 64. 29 % obtained a level of very good knowledge and the 28.5 % obtained a level of good knowledge, being corroborated the stated hypothesis. Concluding that the educational intervention is an essential strategy in the public health, of many utility to improve the knowledge and through it prevent proper complications of the chronic illnesses like the diabetes, which goes progressively in increase affecting big population groups.

Key words: Educational program, level of knowledge, autocare, diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica silenciosa, según la Organización Mundial de la Salud (OMS); sostiene que “la morbilidad de la diabetes está aumentando en todo el mundo y en particular en países en desarrollo. Las causas son complejas, pero en gran parte están relacionadas con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física”, esta enfermedad causa terribles daños, no solo a quienes lo padecen, sino también a sus familiares, comunidades, servicios de salud ¹.

La Federación Internacional de la Diabetes (FID) ² señala que una gran proporción de casos de diabetes y sus complicaciones se pueden prevenir con una dieta saludable, actividad física regular, manteniendo un peso corporal normal y evitando el tabaco; sin embargo estudios de epidemiología a nivel mundial muestran que las cifras de la diabetes mellitus siguen en aumento ².

A nivel mundial se estima 415 millones de personas con diabetes, lo que sugiere que 1 de cada 11 personas tiene diabetes, las $\frac{3}{4}$ partes de las personas con diabetes a nivel mundial viven en países con ingresos bajos y medios, actualmente estas cifras continúan en aumento y de continuar esta tendencia a nivel mundial, al año 2040 sobrepasará los 642 millones de habitantes con diabetes de los cuales cada 6 segundos muere 1 persona a causa de la diabetes, lo que se estima unos 5 millones de muertes por año ³.

En América del Norte, hasta el 2015 se estimó una cifra de 44.3 millones, al 2040 se estima que habrá 60.5 millones, en América del Sur y Centro 29.6 millones y se estima unos 48.8 millones al 2040⁴.

En el Perú en el 2015, la Federación Internacional de la Diabetes (IDF) ³, encontró 1130.800 casos de diabetes mellitus. Así mismo la Dirección General de Epidemiología en un estudio

piloto realizado en poblaciones de 25 a 64 años de edad en diferentes departamentos de la costa, sierra y selva, señalaron que la mayor prevalencia de diabetes está en la costa, seguido de la sierra con una prevalencia de 3.4 % ⁵.

A nivel del departamento de Cajamarca no se encuentran estudios con respecto a la incidencia sobre la diabetes mellitus, sin embargo, el problema es evidente, en la provincia de Jaén, la Oficina General de Estadística e Informática de la Sub región de Salud de Jaén / Hospital General de Jaén, muestra un aumento de casos, en el año 2014 hubo 338 casos, en el año 2015, 554 casos y en el año 2016, 695 casos, de los cuales las más afectadas son las mujeres ⁶.

Tal es así que en el Hospital General de Jaén, según nuestra experiencia como enfermeras trabajadoras del Servicio de Emergencia, se evidenció una alta demanda de cuidados de enfermería a pacientes diabéticos que asisten diariamente con serias complicaciones a los servicios de salud, en especial al Servicio de Emergencia, en su mayoría presentan descompensación metabólica (hipoglicemia e hiperglicemias), pie diabético, insuficiencia renal aguda y crónica, afecciones cardíacas, ceguera, hepatopatías y neuropatías, requiriendo hospitalización, y muchas veces con estancia hospitalaria prolongada, expuestos a mayores complicaciones y muerte.

Este nosocomio de nivel de atención 2-I, atiende una alta demanda de atención preventiva y recuperativa, sin embargo no cuenta con equipo multidisciplinario especializado como médicos emergenciólogos, intensivistas, tampoco cuenta con unidades de cuidados intensivos ni equipos y muchas veces insumos específicos necesarios de apoyo al diagnóstico, cuenta con un sistema de referencia (SIS) con deficiencias en su implementación, creando un malestar e insatisfacción a los profesionales de enfermería ante la impotencia de poder entregar un cuidado enfermero optimo, quedando muchas

veces la labor de enfermería limitada para actuar y abordar un cuidado enfermero con enfoque integral y de calidad en estos pacientes que tanto lo necesitan.

Este panorama situacional, genera la reflexión humana sobre todo de la importancia de la labor educativa de la enfermera a los pacientes con diabetes, lo cual motivó a las investigadoras a situarse en el nivel preventivo, toda vez que el cuidado enfermero procura un abordaje de manera integral de la salud de los individuos minimizando los daños e influir de manera decisiva sobre la problemática observada en pacientes que llegan muy complicado al servicio de emergencia; toda ésta situación, conllevó a plantearnos las siguientes interrogantes centradas en los cuatro pilares del autocuidado del paciente diabético ¿Qué conocimientos tienen las personas diabéticas acerca de su enfermedad?, ¿Qué conocen acerca de las medidas de prevención de las complicaciones de la diabetes mellitus?, ¿Conocen cómo cuidarse para controlar la enfermedad y la manera cómo administrar su tratamiento antidiabético? ¿Qué saben sobre la forma de alimentarse?, ¿Saben cómo y cuanta actividad física deben realizar?, ¿Podrá un programa educativo resolver estas necesidades de conocimiento sobre la diabetes mellitus y que les ayude mejorar su autocuidado y a controlar su enfermedad?, lo cual se desconoce.

Frente a esta problemática existente, se formuló la siguiente pregunta de investigación: *¿Cuál es el efecto de un Programa Educativo en el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético de la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de daños no transmisibles (ESNPCDNT)?* Hospital General Jaén-2017, cuyo objeto de estudio es el efecto de un programa educativo en el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético.

El objetivo general fue determinar el efecto del programa educativo (PE) en el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético de la Estrategia Sanitaria Nacional de

Prevención y Control de Daños No Transmisibles (ESNPCDNT). Hospital General Jaén-2017.

Los objetivos específicos están orientados a:

1. Determinar el nivel de conocimiento de autocuidado antes de impartir el Programa Educativo, mediante la pre-prueba aplicada al paciente diabético de la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de daños no transmisibles. Hospital General Jaén-2017.
2. Determinar el nivel de conocimiento de autocuidado después de impartir el Programa Educativo, mediante la post-prueba aplicada al paciente diabético de la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de daños no transmisibles. Hospital General Jaén-2017.
3. Determinar el efecto del programa educativo en el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético de la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de daños no transmisibles. Hospital General Jaén-2017.

El presente trabajo de investigación se justifica por que la diabetes mellitus en el mundo es un problema de salud pública de gran magnitud, viene causando grandes estragos en la población adulta y económicamente activa de la sociedad, lo que significa para el país un menoscabo de la calidad de vida de la población y retraso de la economía y el desarrollo social, generando gasto en salud con altos costos, que no cubre las expectativas para que los programas de prevención y control de daños no transmisibles sean sostenibles y puedan desarrollar sus actividades a cabalidad, mientras que las personas diabéticas están expuestas al riesgo de sufrir graves complicaciones multiorgánicas y conllevarles hacia la discapacidad permanente y/o la muerte si no conocen sobre la enfermedad y poder autocuidarse.

Por tal razón los pacientes diabéticos necesitan de una educación apropiada y específica para poder empoderarse del conocimiento basados en los cuatro pilares más importantes del

autocuidado de la diabetes siendo estos: información y educación sobre la diabetes, estilos de vida orientados a la alimentación saludable, ejercicio físico y tratamiento correcto y sin interrupción, que los conlleve a adoptar medidas de autocuidado conscientes y sostenibles.

Educar a la población no es tarea fácil, demanda de un costo, tiempo y dedicación, además de perseverancia e interés, sin embargo, es más factible, sus costos son mínimos en comparación a tratar las complicaciones de la diabetes, el rol de la educación para la salud recae específicamente en los profesionales de la salud.

Este estudio permite demostrar con evidencia al profesional de enfermería que la labor docente es una función esencial para prevenir las complicaciones de la diabetes, mantener el equilibrio de la salud y a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Los resultados de la presente investigación contribuyen a la autorreflexión, motivación y compromiso del equipo de atención y directivos de la institución, en estudio, para continuar fortaleciendo la educación como estrategia principal para impartir conocimientos a las personas con diabetes mellitus, reduciendo así el número de pacientes que acuden a los Servicios de Emergencia.

La presente investigación servirá de fuente bibliográfica para otros profesionales de la salud interesados en la temática.

El estudio consta de la siguiente estructura: Introducción, el cual contiene el problema, el objeto de estudio, el objetivo general, los objetivos específicos, la justificación e importancia del estudio; Capítulo I, contiene el diseño teórico, Capítulo II, describe los métodos y materiales; capítulo III, presenta los resultados y discusión; Capítulo IV, presenta las conclusiones del estudio de investigación.; Capítulo V, se presentan las recomendaciones a la autoridad institucional y personal de enfermería del aérea competente.

CAPÍTULO I

DISEÑO TEÓRICO

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del Problema

Gallego P. y col, citado en Sánchez M.⁷, dice que el aumento de la prevalencia de la Diabetes Mellitus, es preocupante hoy en día, esto plantea enormes y crecientes demandas y responsabilidades en los sistemas de salud. En este sentido el autocuidado del propio paciente, se torna esencial en la prevención de complicaciones de la diabetes en la atención sanitaria. Para que el paciente diabético se autocuide de manera eficaz es necesario que tenga los conocimientos suficientes sobre los cuidados a tener en cuenta en casa y que él esté en condiciones de proporcionárselos.

El centrar la responsabilidad de los cuidados en la persona con enfermedades crónicas es sumamente importante, y más con la ayuda de nuevas tecnologías, convirtiendo al autocuidado en un aspecto inherente a la vida del ser humano y en especial en personas que padecen estas enfermedades, como la diabetes mellitus, en lo cual las actividades de autocuidado son decisivas en el mejoramiento de la salud.

El manejo eficaz de la diabetes ha demostrado que muchas de sus complicaciones pueden prevenirse o retrasarse; esto incluye medidas relacionadas con los estilos de vida: dieta saludable, actividad física suficiente, tratamiento sin interrupciones, cuidados de los pies y otros órganos, prevención del sobrepeso, obesidad, tabaquismo y situaciones estresantes ⁷. La adopción de tales estilos de vida se apoya en una adecuada educación para la salud.

Al respecto, Verdecho M. S ⁸, en su investigación, titulada “Intervención del profesional de enfermería en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2; concluyó que las intervenciones educativas son capaces de mejorar el conocimiento sobre la diabetes y

con ello contribuir a la mejora de una compensación metabólica en el control de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Además, la educación grupal participativa involucra al paciente como generador de su propio aprendizaje, al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica con el que se logra un efecto en la toma de decisiones sobre hábitos y estilos de vida saludables y en consecuencia en el control de la enfermedad ⁸.

Por lo tanto, la educación para la salud es una estrategia fundamental para mejorar el nivel de conocimientos de los pacientes con diabetes, sin embargo, la función educativa se ve menoscabada por diferentes razones, tales como la dotación insuficiente de personal de enfermería, horarios de atención reducidos y una recargada labor de la enfermera, asumiéndose otras veces una equivocada idea que las personas actualmente están informadas y saben cómo cuidarse.

Al respecto, Gómez M. y col, 2014 ⁹, mostraron que la capacidad de autocuidado de los pacientes encuestados fue muy buena 96,3%, seguida de 3,7% que obtuvieron una valoración buena ⁹. Es evidente que cuando el paciente recibe educación, su patrón de comportamiento frente a un riesgo se modifica, asumiendo o mejorando su capacidad de autocuidado, lo que significa que el personal de enfermería no debe bajar la guardia en su labor educativa que seguramente en muchas instituciones de salud vienen siendo descuidadas por diversas circunstancias.

Alves D. y col., 2012, realizaron un estudio titulado “efectos de la intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2,” cuyo objetivo de esta investigación fue evaluar el efecto de la acción educativa sobre el conocimiento de la diabetes, llegando a concluir que si es posible elevar los conocimientos sobre la enfermedad a través de actividades educativas ¹⁰.

Este hallazgo exhorta una vez más al personal de enfermería a retomar su función docente, y así combatir ese déficit, pero cada vez se proyectan menos actividades educativas, contrariando el avance de la educación en salud y en especial a los pacientes diabéticos.

Estela C. y Rocillo M., Concluyeron que la efectividad de un programa educativo para la prevención de la diabetes demostró que el 100% de las personas que se capacitaron, integraron los conocimientos a las prácticas de estilos de vida ¹¹. Resultado que corrobora de manera implícita la carencia de una labor de enfermería efectiva en los servicios de salud concerniente a la educación en salud dirigidas al paciente con diabetes.

1.2. Base Teórica

La Organización Mundial de la Salud en 1978, define a la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social transitorio de la persona y no solo la ausencia de enfermedad*” también lo conceptualiza como una eficiente función micro celular y macro social de los seres vivos y que va más allá de lo físico, considerado como un estado dinámico de la salud de las personas que puede variar desde un alto nivel de bienestar hasta un nivel precario y que las personas con padecimientos crónicos puede alcanzar un alto nivel de bienestar si logra con éxito congregar su potencial de salud dentro de los límites de su enfermedad ¹².

Según la Quinta Conferencia Internacional sobre educación para la salud en adultos, define a la promoción de la salud como el *proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud*; y dice que la promoción de la salud es un

concepto dinámico y evolutivo que involucra a las personas en el contexto del diario vivir, ya sea en la casa, la escuela, en el trabajo, entre otros, esto promueve alcanzar un máximo nivel de bienestar físico, mental, social, sin dejar de lado la parte espiritual como seres humanos¹³.

Así mismo afirma que la educación a lo largo de la vida contribuye considerablemente al fomento de la salud y la prevención de las enfermedades; y que el avance más importante de la salud de un país depende fundamentalmente de una educación sanitaria impartida a la sociedad de forma masiva y no del aumento de profesionales y establecimientos dedicados a atender las enfermedades; la educación de adultos brinda importantes posibilidades de proporcionar un acceso apropiado, equitativo y sostenible al conocimiento sanitario¹³, para ello se requiere de actividades educativas que se desarrollan en sus diferentes niveles y escenarios de intervención, apropiándose de ciertas estrategias donde se imparta educación para la salud.

También la educación para la salud definida como un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias cuyo objetivo común es la modificación del conocimiento en sentido positivo para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamientos que tienen efectos directos o indirectos sobre su salud física y psicológica¹⁴.

Una educación para la salud adecuada que fomente la motivación de las habilidades personales necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva, implica comunicación, información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas

formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud ¹⁴.

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender ¹⁵, expresa que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, crea un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. Asimismo pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud, enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos vinculados con las conductas de salud que deseen lograr; expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud.

Esta teórica inspirada en la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather ¹⁵: primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual. Reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: *atención* (estar expectante ante lo que sucede), *retención* (recordar lo que uno ha observado), *reproducción* (habilidad de reproducir la conducta) y *motivación* (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento, considera que el componente motivacional es clave para conseguir un logro, es la intencionalidad es decir cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un

componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas¹⁵.

Así también Hernández T. y col.¹⁶. Sostienen que este modelo, tiene como objetivo integrar a la enfermera-paciente respecto a las conductas que promueven el bienestar físico, mental y social; siendo el profesional de enfermería el principal motivador para personas donde surja el autoconocimiento y encauce hacia formas más satisfactorias de salud; dicha teoría identifica factores cognitivo-perceptuales que son modificados por características situacionales, personales e interpersonales, cuyo resultado es la participación en conductas favorecedoras de la salud, cuando existe la necesidad de accionar, involucrando al personal de enfermería como apoyo en la toma de decisiones para un bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

El trabajo de los enfermeros consiste en ayudar a las personas a que se comprometan con la realización de aquellas conductas bajo la denominación de un “*estilo de vida saludable*”, poniendo énfasis en los aspectos que pueden afectar a la disposición para iniciar o mantener dicho estilo, valora las conductas promotoras de salud en seis dimensiones de la vida que ha descrito del siguiente modo: 1) *actividad física* que estimula y mantiene la estabilidad fisiológica y su funcionamiento de alto nivel, promueve su potencial de rendimiento físico, disminuye el riesgo de obesidad, afecciones cardíacas, diabetes, hipertensión arterial, entre otras, así como el autoconcepto y la autoestima¹⁶.

2) *Afrontar el estrés*, el estrés es una amenaza potencial para la salud mental y el bienestar físico del sujeto, señala que algunas de las principales estrategias para un adecuado manejo, consisten en: evitar el cambio excesivo, administrar y controlar el tiempo, realizar actividad física, elevar la autoestima, aumentar la auto-eficacia,

incrementar la asertividad, establecer metas realistas, construir recursos de afrontamiento y llevar a cabo técnicas de relajación, entre otras. Pender N. citado por Pazos R.¹⁷.

3) *la nutrición*, es esencial para el desarrollo, la salud y el bienestar del individuo; implica la selección y consumo informado de los alimentos, Esto incluye elegir una dieta diaria saludable acorde a las pautas propuestas por la Pirámide Nutricional. Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la *Food and Agriculture Organization of the United Nations*, [FAO] (1998)¹⁷, señalan que la nutrición saludable toma muchas formas y está incluida de manera diferente en los diversos países y culturas; siendo una parte integral de la vida cotidiana, que contribuye la bienestar fisiológico, mental y social del individuo.

El bienestar nutricional dependerá de la calidad de alimentación de las personas y se determina por el consumo de comida segura como parte de una dieta apropiada y balanceada que contenga las cantidades adecuadas de agua y nutrientes básicos como son los hidratos de carbono, proteínas, lípidos, vitaminas y minerales, en relación a los requerimientos corporales, lo que contribuye en la calidad de vida del individuo reflejándose en su salud y estilo de vida.¹⁷

4) *Las relaciones interpersonales*, donde la comunicación juega un papel exquisito para alcanzar un sentido de cercanía significativa, como el apoyo social, compañerismo, ayuda, y crecimiento emocional, la empatía, amor, apoyo informativo, consejo y sugerencias. 5) *responsabilidad de la salud* de manera que las personas al ser informadas tomen decisiones para cuidar su propia salud, el profesional de enfermería promueve el autocuidado, mediante acciones de educar y animar a las personas a conocer la manera

de reducir los factores de riesgo y cómo controlar enfermedades leves y transitorias de sí mismo y de su familia¹⁷.

Identificar oportunamente la necesidad de acudir a la atención profesional; informarse con los profesionales de la salud sobre medidas preventivas que pueden implementar en el cuidado de su salud, asumiendo un rol proactivo en la promoción de la salud a nivel individual, familiar, sociocultural y medioambiental, por lo que identificar las necesidades de salud como primera etapa, mencionan que el planificador debe analizar de forma sistemática y rigurosa la realidad social o ámbito de intervención, es aquí donde se toma conciencia de la realidad problemática existente, identificación de las necesidades de salud sentidas por la población ¹⁸,

Por último, 6) *el crecimiento espiritual*. Se encuentra en el desarrollo de los recursos internos a través del crecimiento, conexión y desarrollo que proporciona una paz interior que abre la posibilidad de crear nuevas opciones para llegar a ser algo más allá de quien somos, al mismo tiempo proporciona una sensación de armonía, plenitud y conexión con el universo y en consecuencia la maximización del bienestar humano para lograr el bienestar integral. ¹⁹

En la primera etapa del proceso de implementación del programa educativo se incluyeron las sub etapas , como la valoración, diagnóstico situacional que contribuyó a determinar la necesidad de la intervención educativa, permitió conocer las prioridades para el diseño del programa educativo en salud; la segunda etapa consistió en la elaboración de los objetivos tanto generales como específicos, esto se elaboró a partir del conocimiento de las necesidades identificadas, se establecieron los objetivos de aprendizaje.

La tercera etapa es la definición de los contenidos de las actividades, es la información, el tema, experiencias vivenciales transmitidos a la población intervenida haciendo uso de métodos y/o medios para el logro del aprendizaje, se realizó un listado del temario, sistematización de experiencias, problemas reales y potenciales, necesidades concretas, trabajadas de manera ordenada; en la cuarta etapa se trabajaron las estrategias metodológicas, fijación de actividades para enseñar o aprender, ya que se utilizó una metodología variada, repercutiendo en un aprendizaje efectivo, fue necesario recurrir a estrategias metodológicos flexibles, ceñidas a la organización de grupos de trabajo.

La quinta etapa constituye los recursos, el grupo humano constituido por los participantes del programa y los recursos materiales, (personas, equipos, materiales e infraestructura) que fueron requeridos para desarrollar los contenidos planteados, estableciéndose fechas y horarios para las actuaciones en acuerdo de ambas partes.

La sexta etapa consistió en la evaluación donde se determinó en qué medida se lograron los objetivos del programa educativo, que aspectos contribuyeron al logro de los resultados y cuáles han sido los factores adversos y nudos críticos que se resolvieron de manera exitosa.

Este proceso conllevó al análisis y la discusión según los resultados, permitiendo el análisis de datos, permitió la retroalimentación positiva y reconocer que los participantes contribuyeron de manera valiosa, se aplicaron estrategias de evaluación, haciendo usos de indicadores, permitiendo finalmente construir las conclusiones y recomendaciones en dicha investigación.

Con respecto al programa educativo en salud, definido como el conjunto de acciones implementadas para la organización de actividades, planificadas y detalladas de un proceso de enseñanza-aprendizaje, que permite al facilitador orientarse respecto a los

objetivos del programa y el logro de competencias o habilidades del participante, los contenidos a desarrollar, las estrategias a utilizar, los recursos requeridos tanto materiales y los participantes del programa, los tiempos requeridos y la evaluación ²⁰, en el cual se utilizó los instrumentos de medición con el que demostró la efectividad del programa educativo.

Es así que para ejecutar el programa educativo fue importante el diseño y planificación de un programa educativo en salud, señalando algunos momentos a tener en cuenta en el diseño y planificación, entre estos tenemos tres momentos: La planificación, la ejecución y la valoración o evaluación.

Respecto al desarrollo de las estrategias, Del Rosario A. et al. ²¹, esto va a depender de los niveles de intervención educativa, del problema abordado, de las personas a las que estará dirigida la educación para la salud, el escenario en el cual se implementó, ejecutó, independientemente del escenario que se ha elegido, siendo este el servicio de salud; se han de considerado los siguientes propósitos: 1) Informar sobre la salud y la enfermedad, en este caso a los pacientes diabéticos; motivar al cambio de prácticas y hábitos más saludables; ayudar a adquirir conocimientos y la capacidad para ejecutar y mantener hábitos y estilos de vida saludables; promover cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida y una conducta saludable ²¹.

El programa educativo constó de 10 sesiones educativas, desarrolladas en un tiempo de diez semanas consecutivas, haciendo uso de distintas actividades educativas como talleres, dinámicas de grupo, demostraciones y re demostraciones, donde se utilizaron diversas técnicas educativas: como exposiciones, análisis y desarrollo de habilidades, con respecto al tema de autocuidado en paciente diabéticos, tomando en cuenta la guía de actuación a personas diabéticas, orientándose a las necesidades de aprendizaje.

El segundo momento de la ejecución, una vez previsto todos los datos disponibles y establecidos en la planificación, se inició el desarrollo mismo del programa educativo y se caracterizó por ceñirse en lo planificado según el cronograma de actividades.

En el tercer momento; se realizó la evaluación, proceso que se aplicó en todas las etapas, consistió en evaluar tanto el desarrollo del programa educativo y el aprendizaje de los participantes, su aplicación al concluir el programa, permitió elaborar el informe final del estudio de investigación.

En lo concerniente al paciente diabético la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria²², se refiere a aquella persona expuesta a la enfermedad y que al tomar conocimiento de su situación se ve comprometido su estado psicosocial, intensificando respuestas negativas a las tensiones emocionales producidas por el incremento de la producción hepática de glucosa mediante la glucogénesis a pesar de la hiperglucemia e hiper liberación de insulina.

La resistencia hepática se caracteriza por concentraciones circulantes elevadas de proteína I fijadoras de IGF-I también en el musculo esquelético y cardiaco alterando el transporte de glucosa estimulado por la insulina tal es así que en los pacientes diabéticos la glucosa se incrementa hasta en tejidos no dependientes de insulina como a nivel del sistema nervioso y las células sanguíneas sobre todo en casos de hiperglucemia inducida por estrés, lo cual ocasiona mayor riesgo de complicaciones y/o muerte del paciente.

22,23

Tal alteración origina de manera orquestada la liberación de hormonas contra reguladoras, liberación de citosinas y las señales del sistema nervioso afectando las vías metabólicas de la glucosa dando lugar a la hiperglucemia por estrés, y como hormonas involucradas son las catecolaminas, el cortisol, el glucagón y la hormona del

crecimiento, afectando indirectamente la homeostasia de la glucosa y directamente afecta la señalización del receptor de insulina.

Es así como el estado de salud del diabético se complica e influyendo negativamente e incluso en el entorno familiar, los síntomas frecuentes que los pacientes pueden presentar son cuadros de depresión y estrés orgánico, sentimientos de culpa, angustia, negación, vergüenza, vulneración de la autoestima y a veces neurosis entre otros.^{23,24}

La Asociación Latinoamericana de la Diabetes (ALAD)²³, reporta que la prediabetes es una etapa previa al diagnóstico de diabetes y se detecta cuando los niveles de glicemia (glucosa en sangre) en ayunas se encuentra por encima de los valores normales (100 – 125 mg/dl), pero no lo suficientemente ponderados para considerar como diabetes, también podemos llamarlo periodo silencioso de la enfermedad.

En esta etapa de la enfermedad los estilos de vida juegan un rol esencial ya sea previniendo la diabetes de tipo 2 o retrasando la enfermedad, es sumamente importante centrarse en los cuatro pilares del autocuidado de la diabetes mellitus, el paciente debe adquirir información suficiente y necesaria sobre la enfermedad diabética, alimentación saludable, como base del desarrollo, mantenimiento y equilibrio del organismo, actividad física suficiente equivalente a 30 minutos diarios o 180 minutos por semana, además debe ser adecuada a las condiciones físicas y el estado de salud del paciente, y como último acápate, la adherencia al tratamiento de manera correcta y sin interrupciones²³.

En lo que respecta a la *Diabetes Mellitus* La Fundación Española del Corazón (FEC) define a la diabetes mellitus como una enfermedad que se produce cuando el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo porque las células no responden a su estímulo y que quienes padecen este trastorno

tienen más riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular, siendo esta una enfermedad crónica, que se presenta como un conjunto de trastornos metabólicos que afecta a diferentes órganos y tejidos y se caracteriza por el aumento de los niveles de glucosa en sangre (hiperglicemia) ²⁴.

Las causas son varios trastornos, siendo la principal los niveles bajos de producción de la hormona insulina o por el inadecuado uso por parte de las células del cuerpo, repercutiendo en el metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas ²⁴.

La diabetes mellitus se clasifica en: Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1), llamada también diabetes juvenil (menor a los 35 años), *Diabetes Mellitus Tipo 2* (DM2): Habitualmente diagnosticada en la edad media de la vida (mayores de 40 años), el riesgo a desarrollar la enfermedad aumenta con la presencia de los factores de riesgo como edad, sobrepeso, obesidad derivados de los estilos de vida, la *Diabetes Gestacional*, se presenta durante la gestación ²⁴.

Entre las medidas preventivas eficaces según la Organización Panamericana de la salud, señala que la *actividad física*, es una actividad esencialmente preventiva y terapéutica a la vez, cuyos beneficios favorecen la actividad cardíaca, previene la arterioesclerosis, mejora la circulación a nivel muscular y cerebral, previene el insomnio, fortalecen los tendones y la musculatura, mejora el metabolismo de los carbohidratos y proteínas; por lo que mejorar los estilos de vida frente a la alimentación inadecuada, el alcoholismo y las drogas es determinante, en especial en pacientes obesos, hipertensos y adictos además de las personas con niveles altos de triglicéridos y colesterol en la sangre ^{24,25}.

Así también, Lafuente N. y col., sustenta que los pies son partes susceptibles en pacientes diabéticos y su cuidado de las extremidades inferiores por ser una de las partes más expuestas al riesgo de complicaciones sobre todo en personas con alteración

cardiovascular y daño a nivel de vasos arteriales²⁶. Por tanto, la persona diabética deberá conocer todos los cuidados necesarios a cerca de la higiene corporal y principalmente en los pies, el calzado y vigilar los signos de alarma que requieran de atención profesional oportuna para evitar complicaciones, como pie diabético ²⁶.

Otra inquietud importante que las investigadoras han podido recoger en la exploración de necesidades en la población a intervenir es el abordaje del estrés como un factor contribuyente desfavorable para el autocuidado en las personas diabéticas, por lo que se hace indispensable impartir conocimientos básicos respecto al tema y a la vez brindarles las herramientas de afrontamiento al estrés.

En este sentido, Cushman Grant. 2000 ²⁷, indica que el estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas del organismo producido por estresores (liberación de ciertas hormonas como catecolaminas, cortisol, glucagón y en menor escala la hormona del crecimiento) ocasionando desórdenes ya sea físicos o emocionales que alteran el estado físico o psicológico de la persona, hasta cierto punto es positivo ya que se comporta como un estímulo protector ante un peligro, denominado *eustrés o estrés normal*, se vuelve patológico cuando este se vuelve crónico a este estado de tensión nerviosa se le conoce como *distrés*, las personas diagnosticadas con diabetes al igual que con otras enfermedades sufren estos estados de tensión nerviosa debido a la impotencia frente a su enfermedad surgidas por el cambio o adaptación a un nuevo régimen de estilos de vida, haciéndolas muy vulnerables, si no toman medidas de afrontamiento al estrés.

Las necesidades de afrontamiento frente al estrés en la categoría personal aporta: beneficios individuales, como las oportunidades para vivir, aprender, vida satisfactoria y productiva así como para encontrar caminos para experimentar sus propósitos, placer, salud y bienestar, es decir una vida plena y significativa es el balance entre el trabajo y

juego, calidad de vida, desarrollo y crecimiento personal, autoestima y autoresiliencia, sentido de acompañamiento, creatividad, adaptabilidad, solución de problemas y toma de decisiones, salud y mantenimiento físico, bienestar psicológico, apreciación personal y convivencia pacífica, mejora el desempeño e incrementa la productividad en el trabajo²⁷.

A continuación, se trata la variable dependiente que para este caso es el autocuidado, como tema de interés en estudio es el autocuidado del paciente diabético, que según Orem D. se refieren a las acciones que las personas adoptan en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal; definido como las prácticas realizadas por las personas y familias, en las que se promueven comportamientos positivos de salud, prevención de enfermedades y tratamiento de los síntomas, función reguladora que los individuos utilizan para mantener los requisitos vitales, del desarrollo y funcionamiento integral, la habilidad para desempeñar el autocuidado comprendida como estándares de conducta reflejadas en la forma de interactuar de los individuos con su medio social ²⁸.

El autocuidado también es una estrategia eficaz para reducir los costos de la salud, disminuye la demanda de consultas de urgencia, uso racional de medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente²⁴. En ese contexto, el autocuidado en salud es definido como las medidas que cada persona toma para proteger su bienestar físico, mental, social y espiritual. Se puede modificar con el tiempo y corregir mediante educación concreta, para la asunción de responsabilidad, ya que el autocuidado depende de saber y poder: el saber se refiere a la cultura de salud que la persona posea y el poder con tener los medios necesarios para actuar o saber actuar Antón, Citado por Sánchez M.⁷.

En tal sentido y atendiendo las prioridades de educación al paciente diabético, que permitió explorar y medir el nivel de conocimientos a partir de la aplicación de un programa educativo relacionado al tema de autocuidado de la diabetes es necesario señalar aspectos relacionados al conocimiento y poder comprender de como las personas adquieren este conocimiento. Para unos autores el conocimiento es la materia prima esencial de la sociedad, pretende mejorar armonizar la relación hombre-conocimiento de manera que este pueda alcanzar su máximo desarrollo social cuyo deseo es aportar nuevos conocimientos al campo cognitivo en el campo de la salud, cuya aplicación es útil para el autocuidado del paciente diabético ²⁸.

Para esto es necesario ciertos requisitos como los requisitos universales, autocuidado para el desarrollo y los requisitos de desviación de la salud que corresponde al componente de poder para impulsar habilidades del individuo dirigidas a la acción de autocuidado (significa estar motivados, adquirir conocimientos, ordenar acciones y adquirir la capacidad para autocuidarse) ²⁹.

En lo relacionado al conocimiento John Locke, señala tres tipos de conocimiento a) el conocimiento intuitivo, b) Conocimiento demostrativo, c) el conocimiento sensible, Según la forma de conocer describe otros tipos: *el conocimiento vulgar, o empírico, el conocimiento científico*, este es el que se adquiere a través de una aplicación o procedimiento metódico, usa la reflexión y el razonamiento lógico respondiendo a una búsqueda intencionada que delimita los objetos y los medios de indagación³⁰, en ese sentido es preciso centrarse en el conocimiento demostrativo ya que se basa en aspectos concretos y matemáticamente probados, y según su forma el conocimiento científico, por ajustarse a las características de este estudio.

Según Cárdenas L.³¹, medir el conocimiento para este investigador se convierte en un valor esencial, ya que es un resultado esperado y como tal es un bien intangible³¹, por tanto la información que se imparta a los individuos debe reflejarse en el nuevo conocimiento de aquellos que en este caso en lo relacionado al autocuidado de la persona diabética, dependerá del instrumento diseñado, ceñido a sus características de estructura interna del mismo, su fiabilidad y validez de esta medición, siendo esencial tener en cuenta los componentes básicos de la medición que consiste en: 1. establecer el instrumento de medición; 2. establecer el objeto de medición es el elemento de conocimiento; 3. establecer la base de la medición: (puntaje otorgado al instrumento o limitación de la escala de medición expresada en números y porcentajes; 4. establecer la unidad de medida.

Siendo esencial el uso y aplicación de los indicadores como característica esencial de los procesos de un evento, la cuantificación requiere de cualificación previa de los eventos. En la que las cualidades o atributos son estudiadas y reconocidas, la cuantificación posteriormente mide la intensidad del atributo en una escala numérica en la cual un indicador es una medida que refleja una situación muy específica y que por estar ubicada en una escala graduada (métrica) permite establecer un orden de las observaciones hechas y conocer la distancia que separa unas de otras³¹.

Con referencia a la situación del conocimiento, los indicadores pueden aplicarse en todo el proceso de generación del conocimiento, ya sea en cuanto a la estructura, al proceso mismo y a los resultados. En la vigilancia de cómo se produce el conocimiento pueden considerarse varias categorías de indicadores: de impacto, de eficacia, de eficiencia, de funcionamiento, de logros entre otros; los indicadores de eficacia y eficiencia orientan la evaluación de las actividades realizadas por el sector de la enseñanza-aprendizaje

sobre problemas específicos, hacen referencia a la gestión de un determinado programa, su medición se hace a intervalos medianos, en este caso, es este indicador el más ajustable para medir el programa educativo³¹.

Asimismo el monitoreo sobre el funcionamiento del sistema de indicadores cognoscitivos, permite ajustar en forma oportuna la ejecución de acciones técnicas sobre el sujeto o sujetos en cuestión, de acuerdo con lo normado en cada protocolo, la evaluación de los indicadores se hace a intervalos cortos, (mensual o bimensualmente)³¹, en este estudio se ajustó a un monitoreo y evaluación permanente es decir en cada sesión de enseñanza-aprendizaje, lo que permitió a las investigadoras retroalimentar los puntos débiles de la temática impartida que tuvo 10 semanas de duración.

En cuanto al aprendizaje Moreira M., ³², en su teoría “psicología del aprendizaje significativo”, (teoría constructivista ausubeliana), señala que el principal aporte de esta teoría el constructivismo, es el modelo de enseñanza por exposición, para promover el aprendizaje significativo en las personas. Por tanto, es importante retomar a Nola Pender, inspirada en la teoría de la acción razonada de Martin Fishbein “*importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conductas en salud*”, sostiene que el factor cognitivo perceptual de las personas está constituido por sus percepciones, creencias e ideas que poseen sobre la salud, induciéndoles a conductas o comportamientos relacionadas a la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. Pender N. citada por Aristizabal G. y col, ¹⁵.

1.3. Variables

Esta investigación cuenta con dos variables:

La variable independiente (VI): programa educativo

La variable dependiente (VD): nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético.

1.4. Definición de términos operacionales

- Programa educativo: es el conjunto de actividades planificadas, organizadas, ejecutadas, evaluadas y detalladas de un proceso de enseñanza-aprendizaje, el mismo que engloba una serie de estrategias encaminadas al logro de los objetivos planteados, comprende sesiones educativas enfocadas al autocuidado del paciente diabético atendido en la ESNPCDNT del Hospital General de Jaén-2017.
- Nivel de Conocimiento de autocuidado del paciente diabético: es toda la información respecto al autocuidado que posee el paciente diabético referente a su enfermedad y que al ser encuestado mediante la aplicación de un instrumento (cuestionario) se puede medir haciendo uso de una escala métrica graduada y determinar el nivel de conocimiento de cada participante del programa educativo al ubicarlo en una determinada clasificación: muy bueno, bueno, regular, deficiente.

1.5. Hipótesis

El programa educativo tiene un efecto positivo en la mejora del conocimiento de autocuidado del paciente diabético de la ESNPCDNT. Hospital General Jaén-2017.

CAPÍTULO II

MÉTODOS Y MATERIALES

CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES

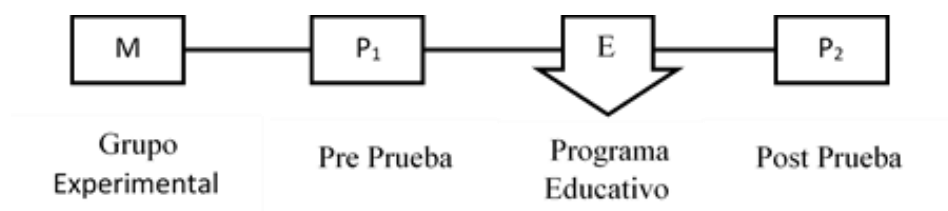
2.1. Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo porque permite recoger datos y analizar los diversos elementos sobre las variables de estudios ^{33,34}, cuyos resultados se pueden generalizar en la población ^{35, 36}, es correlacional, por que determina la fuerza de asociación o correlación entre ambas variables³⁷ generando una hipótesis.

2.2. Diseño de Investigación

Es un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y cuasi-experimental. Descriptivo porque ha permitido caracterizar el objeto de estudio y describir sus características tal y conforme se encuentra en la realidad, de corte transversal, porque se estudió las variables en forma simultánea en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo ³⁷; Es prospectiva, porque los datos se registraron según fueron ocurriendo los fenómenos y a la vez Cuasi experimental porque se manipuló de forma intencional el factor causal o variable independiente que en el presente caso fue el programa educativo, lo cual determinó un cambio de la variable dependiente: nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético.

El diseño seleccionado es el de una sola casilla en línea o en sucesión en el que se observa el grupo experimental participante (M), la pre prueba o cuestionario (P₁), el estímulo programa educativo (E) y la post prueba o cuestionario P₂, para determinar las variaciones o cambios entre la pre y post prueba, su diseño fue el siguiente esquema:



Donde el grupo experimental (**M**) estuvo constituido por los pacientes diabéticos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, Hospital General Jaén, (**P₁**) corresponde a la pre-prueba aplicada a los participantes antes de impartir el programa educativo, (**E**) es el estímulo y representa el Programa Educativo, (**P₂**) corresponde a la aplicación de la post- prueba, después de aplicar el PE, que para este caso fue el mismo cuestionario (P₁ y P₂).

2.3. Población y Muestra

- La población estuvo constituida por 32 pacientes registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles del Hospital General Jaén (ESNPCDNT), al momento de elaborar el proyecto, luego de aplicarse los criterios de inclusión y exclusión, quedó conformada por 14 pacientes constituyéndose en la muestra de estudio..
- **Unidad de Análisis:** Paciente diabético de la (ESNPCDNT) que cumple con los criterios establecidos.
- **Criterios de inclusión:**
 - Pacientes hombres y mujeres registrados y atendidos en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles del Hospital General Jaén. 2017.

- Edad comprendida entre 20 y 60 años que sepan leer y escribir.
 - Pacientes que por libre voluntad aceptaron participar en el estudio.
 - Pacientes que residan dentro de la ciudad de Jaén, para facilitar que lleguen sin dificultad y costos adicionales a las sesiones educativas.
- **Criterios de exclusión.**
 - Pacientes con limitaciones de los sentidos,
 - Pacientes con deterioro multiorgánicos o en estado de postración.

2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se utilizó para implementar el programa educativo fue la técnica de gabinete, mediante el análisis de contenido, se revisó la bibliografía y permitió establecer la estructura del programa educativo: contenidos, metodología, estrategias, recursos y materiales y evaluación. (Anexo 11).

Los contenidos fueron determinados y priorizados mediante un estudio previo de la población, lo que permitió conocer sus necesidades de conocimiento sobre el autocuidado de la diabetes. Para ello, se utilizó un instrumento diseñado por las investigadoras, basadas según sus postulados del modelo de la promoción de la Salud MPS de Nola Pender (Anexo 09); concluyéndose que el 80 % de los participantes necesitaban ser capacitados en: Aspectos generales de la diabetes, el autocontrol en la diabetes, los antidiabéticos orales, el manejo de la insulina, complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus y las medidas de prevención: el plan de alimentación y

la actividad física en personas diabéticas, el cuidado de los pies, el afrontamiento del estrés en la diabetes mellitus.

Para la variable dependiente: nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético la técnica de recolección de datos utilizada fue la encuesta, y como instrumento un cuestionario, aplicado antes (pre prueba) y después (pos prueba) de aplicar el programa educativo diseñado por las investigadoras.

El cuestionario tuvo una valoración de 100 puntos, considerando los siguientes niveles de calificación que serán medidos a través de una escala métrica:

De 80 a 100 puntos = nivel de conocimiento muy bueno.

De 60 a 79 puntos = nivel de conocimiento bueno.

De 40 a 59 puntos = nivel de conocimiento regular.

<de 40 puntos = nivel de conocimiento deficiente.

Para el análisis de confiabilidad del cuestionario se aplicó la prueba piloto en diez pacientes diabéticos inscritos en el C.S. Morro solar, cuyos datos fueron sometidos a la prueba estadística de Confiabilidad Alfa de Cronbach (Anexo 03) obteniendo un valor de 0.75, lo que probó que el instrumento empleado fue confiable y pudo aplicarse en la investigación, para validar la consistencia del instrumento fue llevado a juicio de expertos o análisis de expertos mediante una prueba estadística Binomial (Anexo 04) que demostró estadísticamente la validez de dicho instrumento.

N°	CONTENIDOS	PREGUNTAS
1.	Conocimientos generales sobre Diabetes Mellitus	1.2.3..4.5,6,7,8,9,10,11,y 12
2.	Cuidados en la alimentación;	13 y 14
3.	Cuidados del ejercicio físico en personas diabéticas;	15 y 16
4.	cuidado de los ojos;	17
5.	Cuidados del tratamiento;	18 y 19
6.	Cuidado de los pies	20,21,22 y 23
7.	Manejo del Estrés.	24 y 25

El contenido del cuestionario se estructuró en dos partes; la primera lleva las instrucciones del llenado; datos sociodemográficos como: sexo, edad, estado civil, peso actual, grado de instrucción y tiempo de enfermedad. La segunda parte consta de 25 preguntas de alternativas múltiples, con una sola respuesta relacionada a los contenidos del PE., agrupándolas de la siguiente forma:

Cada pregunta tiene un valor de 4 puntos, haciendo un total de 100 puntos, que se aplicó antes y después de haber ejecutado el programa educativo, permitiendo valorar cuantitativamente el efecto del PE en el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético.

2.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Para el procesamiento de datos se utilizó el Software SPSS versión 21, para la distribución estadística de la muestra se hizo uso de la Prueba de Normalidad con “Shapiro – Wilks”, por ser el número de datos de la muestra menor de 30 y por último para probar la hipótesis alternativa o de afirmación y de nulidad, Se usó la prueba estadística de Análisis “t de Student”³⁸, utilizada para muestras relacionadas. (Anexo 05 y 06). Para la interpretación y análisis de los datos se recurrió al análisis temático teniendo como base las referencias bibliográficas consultadas.

2.6. Principios Éticos

Durante el desarrollo de la presente investigación, por el hecho de recurrir a seres humanos como participantes del presente estudio nace la necesidad de proteger sus derechos, por lo que se optó por aplicar los principios éticos según Report Belmont, basados en el respeto, autonomía, beneficencia y justicia ³⁹.

- **Respeto a la dignidad humana.**

Comprende el derecho del participante a la autodeterminación y a un conocimiento irrestricto de la información. Los participantes de este estudio fueron los pacientes adscritos al Programa de Control de la diabetes de la Estrategia sanitaria Nacional de Prevencion y Control de Daños No Transmisibles del Hospital General Jaén, quienes luego de conocer los objetivos y procedimientos a utilizar en la investigación aceptaron a participar voluntariamente. El participante tuvo el derecho a dar por concluida su participación en cualquier momento si así él lo decidiera. Para cumplir con éste principio los participantes firmaron el documento de consentimiento informado.

- **Principio de beneficencia.**

Es un principio primordial de la investigación, en este se enuncia: “Por encima de todo, no hacer daño”³⁹, ningún participante de esta investigación fue expuesto a situaciones o experiencias que den por resultados daños graves o permanentes, tal es así, que no sólo se tuvo en cuenta el daño físico sino también el psicológico.

El programa educativo que recibieron los pacientes no lo expuso a daños ni psicológico ni físicos, al contrario, este estudio los benefició directamente, porque el propósito de la investigación fue también mejorar la calidad de los cuidados de los pacientes diabéticos atendidos en la estrategia sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles.

- **Principio de justicia.**

Los participantes recibieron un trato justo, así mismo tuvieron derecho a la privacidad de la información que proporcionaron cada uno de ellos, y a recibir información clara y verás según lo requieran, se les explicó y aseguró que los datos solo serán de uso para la investigación.

Bajo este principio se trató a todos los pacientes por igual, sin discriminación de condición social, derechos, procedencia, aspecto y religión. Se garantizó el anonimato en todo momento.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se presentan los resultados y la discusión que corresponde a la presente investigación, para ello se hace uso de tablas, permitiendo la interpretación y análisis de los mismos, dando respuesta a los objetivos del estudio.

Para dar respuesta al primer objetivo específico se presenta la siguiente tabla:

Tabla 1.

Nivel de conocimiento de autocuidado antes de impartir el programa educativo en la pre-prueba aplicada al paciente diabético de la ESNPCDNT. HGJ-2017.

Nivel de conocimiento Pre-prueba	Pacientes diabéticos	
	Nº	%
Deficiente	13	92.86
Regular	1	7.14
Bueno	0	0
Muy Bueno	0	0
Total	14	100.00

Fuente: Cuestionario antes de ser intervenidos con el programa educativo- octubre-2017.

En la Tabla 01, se observa que la mayoría de pacientes diabéticos encuestados tuvieron un nivel de conocimiento deficiente y una minoría un nivel de conocimiento regular frente al autocuidado con respecto a la diabetes, estos datos encontrados evidencian que los pacientes desconocen información muy importante respecto a los cuidados que ellos deben tener sobre los aspectos generales de la diabetes.

Antes de impartir el PE, en la pre-prueba se evidenció un alto porcentaje de pacientes (entre el 54 y 82 %), desconocían los valores normales de la glucosa en sangre, los factores de riesgo modificables, como alimentación, los tipos de diabetes, actividad física, y la obesidad, las complicaciones agudas y crónicas, las causas de la hipoglicemia, así como

desconocían los estilos de vida saludables que pueden controlar las complicaciones y qué cuidados deben realizar para controlar la enfermedad mediante la alimentación con el consumo preferente de alimentos así como la forma más apropiada de consumirlos, la frecuencia de consumo diario de raciones alimenticias para mantener los valores normales de la glucosa en sangre .

De igual manera desconocían respecto al ejercicio físico así como la frecuencia y el tiempo necesario para realizar dicha actividad ni qué tipo de actividades físicas debe realizar para mantener su peso ideal y los valores normales de la presión arterial, triglicéridos y colesterol; además que un 70% desconocía cómo se obtiene el índice de masa corporal, ni sabían su peso actual; asimismo más del 50% desconocían el cuidado de los ojos, los exámenes de rutina; y la adherencia al tratamiento, el 78 y 85% no conocían cómo prevenir la hipoglicemia e hiperglicemia respectivamente, en cuanto al cuidado de los pies más del 70% desconocen cómo realizarse el examen de los pies y más del 50% % no conocen que tipo de zapato debe usar, así como el 85% desconocían cómo recortarse las uñas, el 78% no sabe cómo realizar la higiene de los pies; el 71% desconocen que el estrés es un factor desfavorable en el control de las complicaciones de la diabetes y el 64% no conocían los beneficios de las actividades de ocio y la recreación en la prevención de complicaciones; se encontró que la mayoría de participantes sólo conocían la definición de la enfermedad y los síntomas principales y a qué se debe la hiperglicemia (sub-tablas, anexo 07).

Estos resultados están evidenciando el bajo nivel de conocimiento que tienen las personas adscritas en el programa de Control de la diabetes de la estrategia sanitaria Nacional de Prevención y control de daños no transmisibles del Hospital General Jaén, lo cual es una limitante para los cuidados que debe mantener en casa.

Las personas diabéticas imprescindiblemente deben conocer aspectos generales de cómo

evoluciona esta enfermedad, los tipos de diabetes, así como los signos y síntomas más frecuentes, los valores normales de glucosa en sangre, los factores de riesgo, sus complicaciones tanto agudas como crónicas y la medidas de prevenirla, la adherencia al tratamiento correcto, el consumo de alimentos saludables, las formas y frecuencias, el cuidado de regiones corporales, sus exámenes de rutina, la actividad física y cómo prevenir el estrés, entre otros, todo esto enfocado en los cuatro pilares del autocuidado del diabético, éste conocimiento impartido implica la asunción de responsabilidades de los profesionales de la salud y en especial como función propia de la labor de enfermería, quienes proporcionan educación para la salud y en este caso la educación al paciente diabético.

Al respecto, Nola Pender, sustenta que el trabajo de los enfermeros consiste en ayudar a las personas a que asuman compromisos para desarrollar conductas que ella agrupa bajo la denominación de un “*estilo de vida saludable*”, aduce que el paciente es una persona susceptible de mantener o mejorar su estilo de vida, valora la realización de conductas promotoras de salud como la actividad física, que estimula y mantiene la estabilidad fisiológica y su funcionamiento de alto nivel, promoviendo su potencial de rendimiento físico, disminuye el riesgo de obesidad, afecciones cardiacas, diabetes, hipertensión arterial, entre otras, contribuye al bienestar psicológico, reduce el riesgo de depresión, mal humor, y mejora el autoconcepto y la autoestima del paciente¹⁶.

Estos aportes son coincidentes con lo establecido por la Organización Panamericana de la Salud (OMS) ²⁴, quien señala que la *actividad física*, es una actividad esencialmente preventiva y terapéutica a la vez, por lo que es necesario sugerir a las personas elijan una actividad que les sea agradable entre estas tenemos: caminatas, marcha rápida, bicicleta, móvil o fija, natación, gimnasia, gimnasia aeróbica, trote, deportes, aeróbicos, danza, entre otras.

Los beneficios de la actividad física, favorece la actividad cardiaca, previene la arterioesclerosis, mejora la circulación a nivel muscular y cerebral, previene el insomnio, fortalece los tendones y la musculatura, mejora el metabolismo de los carbohidratos y proteínas; por lo que mejorar los estilos de vida frente a la alimentación inadecuada, en especial en pacientes obesos, hipertensos y adictos además de las personas con niveles altos de triglicéridos y colesterol en la sangre²⁵.

Otro aspecto que el paciente diabético debe conocer es en cuanto al cuidado de los pies, las extremidades inferiores son una de las partes susceptibles y más expuestas al riesgo de complicaciones sobre todo en personas diabéticas con alteración cardiovascular y daño a nivel de vasos arteriales, la pérdida de sensibilidad por el déficit de oxigenación de las células a ese nivel, hacen que muchas veces el paciente no se dé cuenta de la gravedad de las lesiones que aparecen como consecuencia de un traumatismo externo, que tratado en forma tardía conlleva a mutilaciones, con la consiguiente alteración física, psicológica y muerte ²⁶. Por tanto el paciente debe conocer todos los cuidados necesarios, acerca de la higiene corporal, vestuario, calzado y vigilar los signos de alarma que requiera de atención profesional oportuna.

Según Cushman, el estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas del organismo producido por estresores ya sea físicos o emocionales que alteran el estado físico o psicológico, el estrés hasta cierto punto es positivo ya que se desempeña como un estímulo protector ante un peligro a esto se le denomina como *eustrés o estrés normal*, sin embargo, se vuelve patológico cuando este se prolonga o se vuelve crónico a este estado de tensión nerviosa se le conoce como *distrés*²⁷.

Las personas diagnosticadas con diabetes al igual que con otras enfermedades sufren estos estados de tensión nerviosa debido a la impotencia frente a su enfermedad surgidas por el

cambio o adaptación a un nuevo régimen de estilos de vida, al tratamiento, temor al dolor, a la muerte, vergüenza ante los demás y baja autoestima; situación que altera su organismo, haciéndolas más vulnerables si no conocen las medidas de afrontamiento que genera un efecto muy importante en la prevención de complicaciones²⁷.

Siendo el estrés una amenaza potencial para la salud mental y el bienestar físico del sujeto, Nola Pender señala que algunas de las principales estrategias para un adecuado manejo, consisten en: evitar el cambio excesivo, administrar y controlar el tiempo, realizar actividad física, elevar la autoestima, aumentar la auto-eficacia, incrementar la asertividad, establecer metas realistas, construir recursos de afrontamiento y llevar a cabo técnicas de relajación, entre otras ¹⁷.

Sin embargo, los pacientes diabéticos en esta pre-prueba evidencian conocer muy poco sobre los cuidados a tener en cuenta en su alimentación, este desconocer no les ayuda a prevenir complicaciones, ya que no saben que alimentos consumir, ni cómo prepararlos para su consumo, la mayoría no tienen preferencia por los alimentos que consumen, con respecto a los horarios no precisan el número de raciones diarias a consumir.

Así mismo, Lafuente y col., aducen que una persona diabética tiene las mismas necesidades nutricionales que antes de tener la enfermedad, pero va a depender de su edad, sexo, estado fisiológico (embarazo y lactancia), actividad física y en forma muy especial su estado nutricional, conservar el peso corporal dentro del rango ideal. (Peso/estatura). Sugiere la ingesta variada de alimentos en cantidad adecuada y fraccionada en relación con el gasto energético diario de la persona; debe ser variada para proporcionar todos los nutrientes que el organismo necesita, para el equilibrio de su salud ²⁶.

Los estilos de vida en cuanto a la alimentación, actividad física, la información, el tratamiento y los cuidados de su cuerpo, son los pilares más importantes del autocuidado

del diabético y en la prevención de complicaciones, mantenimiento de la salud y su calidad de vida², sin embargo el no contar con las herramientas necesarias para el desarrollo de actividades educativas en cuanto a capacitación de las persona con diabetes para su autocuidado de manera sostenible es evidente, demostrando así un deficiente nivel de conocimiento de autocuidado en aquellos pacientes sujetos a la investigación, antes de haberles impartido el programa educativo, situación que se refleja en los resultados obtenidos en la Tabla 01.

La experiencia de las autoras durante la aplicación del estudio observaron que en el servicio de la estrategia Sanitaria en estudio, la demanda de pacientes es alta ,por lo que el número de profesionales de enfermería se torna insuficiente, se atiende en un solo turno (mañana) de seis horas de lunes a sábado, observándose una escasa continuidad y débil sostenibilidad de las actividades educativas dirigidas a esta población afectada por la diabetes, limitando la accesibilidad a una atención integral adecuada.

Ardell D. sostiene que la educación implica una interacción sostenible y permanente con los pacientes, que apunte a crear la responsabilidad en salud, incorporando un sentido activo de responsabilidad para su propio bienestar, incluyendo comportamientos de auto-observación, informarse y educarse acerca de la salud, ejercer el uso oportuno de los servicios de salud y un consumismo informado cuando se solicita asistencia profesional, Pazos R.¹⁷.

Fomentar la responsabilidad de la propia salud en las personas diabéticas , consiste en centrar la atención en el individuo y las familias y promover el autocuidado, a través de educar y motivar a la localidad en general a conocer la manera de reducir los factores de riesgo de diversos sucesos; percatarse de la forma de controlar enfermedades leves y transitorias de sí mismo; identificar el momento pertinente cuando necesita la atención profesional; informarse con los profesionales de la salud sobre medidas preventivas que pueden

implementar estrategias en el cuidado de su salud, pero sobre todo, consiste en que cada uno de los pacientes se adjudique un papel activo y asuma el compromiso que implica promover la salud a nivel individual, familiar, sociocultural y medioambiental ^{17, 18, 19}.

La Promoción de la Salud definida como el *proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud*”; es dinámico y evolutivo que involucra a las personas en el contexto del diario vivir, ya sea en la casa, la escuela, en el trabajo, entre otros, esto promueve alcanzar un máximo nivel de bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano ¹³.

Sin embargo este desconocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad contribuye a no comprender y conocer el estado de su salud y las medidas necesarias para su autocuidado; ante esta situación que nos evidencia el déficit de conocimiento para el autocuidado del paciente diabético en la estrategia sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles del Hospital General de Jaén en el 2017 es que se elabora y aplica un programa educativo donde se incorpore la *educación para la salud*, tomando en cuenta los contenidos en relación a las carencias encontradas respecto al autocuidado del paciente diabético que tanta falta hace.

La educación para la salud definida como un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias cuyo objetivo común es la modificación del conocimiento en sentido positivo para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamientos que tienen efectos directos o indirectos sobre su salud física y psicológica¹⁴.

Un programa educativo en salud que según Pérez J. y col. definen en términos generales, como el conjunto de actividades organizadas, planificadas y detalladas de un proceso de

enseñanza-aprendizaje, que permite la orientación al facilitador respecto a los objetivos planteados y al logro de competencias o habilidades del paciente²⁰.

En el presente estudio se desarrolló un programa educativo sobre el autocuidado del paciente diabético, cuyos contenidos fueron planificados acorde a sus necesidades identificadas previamente y se desarrolló en 10 sesiones de aprendizaje, la metodología utilizada fue participativa, se priorizó como estrategias de aprendizaje las exposiciones/ dialogo, demostraciones, re demostraciones y dinámicas grupales. Los recursos didácticos fueron utilizados de acuerdo a lo programado. Se realizaron las sesiones en 10 semanas consecutivas, (anexo 13), luego del cual se aplicó una post-prueba cuyos resultados responden al segundo objetivo específico y se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 2.

Nivel de conocimiento de autocuidado después de impartir el programa educativo en la post-prueba (P2) aplicada al paciente diabético de la ESNPCDNT. HGJ-2017.

Nivel de conocimiento.	Paciente diabético	
	Post-prueba	
	Nº	%
Deficiente	0	0
Regular	1	7.14
Bueno	4	28.57
Muy Bueno	9	64.29
Total	14	100.00

Fuente: Cuestionario (post prueba) después de ser intervenidos con el programa educativo- noviembre-2017.

En la Tabla 02, los datos nos muestran que de los 14 pacientes que participaron del programa educativo, se pudo evidenciar que aproximadamente el 93% alcanzó un nivel de conocimientos bueno y muy bueno respectivamente, y un mínimo porcentaje se mantuvo en el nivel de conocimiento regular, al comparar ambas tablas se observó los resultados con una variación positiva muy significativa entre la pre-prueba y la post-prueba.

Estas cifras muestran el impacto positivo de la intervención educativa al paciente diabético el cual posibilita elevar su nivel de conocimiento de autocuidado frente a la diabetes, resultados que coinciden con el estudio realizado por Alves D. y col.¹⁰, titulado: efectos de la intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus, quienes concluyeron que es posible elevar los conocimientos sobre la enfermedad a través de la realización de las actividades educativas, estudio que reafirma los hallazgos de la presente investigación.

Orem D, define el autocuidado como una función reguladora que los individuos utilizan deliberadamente para mantener los requisitos vitales, el desarrollo y funcionamiento integral, sostiene que 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*²⁸.

Con respecto al conocimiento de autocuidado, Antón, citado en Sánchez M.A., sostiene que el autocuidado no es solamente una actitud de conocer sino una asunción de responsabilidad, ya que depende de saber y poder: el saber se refiere a la cultura de salud que la persona posea y el poder con tener los medios necesarios para actuar, también aduce que *la sociedad precisa de educación sanitaria que procure los saberes que la población necesita*⁷.

Sin embargo, en esta educación hay que incorporar los conocimientos y las costumbres culturales (sus tradiciones) y motivaciones, tomando conciencia de que el autocuidado se basa, fundamentalmente, en la cultura propia. Saberes sociales que al añadirlo a los saberes científico-técnicos aporta un enorme potencial en las políticas sanitarias, puntualizando establecer el autocuidado como una estrategia para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad, herramienta indispensable en cualquier sistema de salud, donde relaciona

el concepto de autocuidado no solo con el concepto de responsabilidad sino también como concepto positivo de la salud ⁷.

Este grupo de personas participantes del estudio se caracterizaron por que el 93% de las personas diabéticas que constituyeron la muestra fueron mujeres, al analizar este dato se puede decir que las pacientes mujeres son más accesibles a los servicios de salud, se motivan y concientizan mejor, a pesar que existen pacientes diabéticos varones registrados en el mismo grupo etario requerido se pudo observar que estos no acuden a su control en forma regular, evidenciándose un alto índice de abandono al programa perdiendo la oportunidad de ser informados, consecuencia de esto son los más afectados por la diabetes, acudiendo en forma muy tardía y con severas complicaciones.

En cuanto a la edad de los pacientes se encontró que más del 60% son pacientes entre 51-60 años de edad, pudiendo deducir que esta enfermedad se acentúa más en las etapas más adultas de la persona; con respecto al estado civil de los pacientes diabéticos aproximadamente más del 60% casados y viven en pareja,; el estar casado o en unión libre con su pareja se benefician de alguna manera ya que estos pacientes cuentan con el apoyo mutuo, sin embargo el estar solos o en estado de viudez el paciente se vuelve potencialmente vulnerable a las situaciones de soledad y abandono.

Con respecto al grado de instrucción el 77 %, tenían primaria completa y secundaria incompleta, el 21% secundaria completa, el saber leer y escribir posibilita mejor a las personas el acceso a la información permitiéndoles mejorar sus conocimientos a través de la educación.

Asimismo, la mayoría conocía su peso actual después de impartido el P.E. en cuanto al tiempo de enfermedad la mayoría 42% se ubica entre 2-5 años de enfermedad, conocer y

saber el estado de su cuerpo permite la oportunidad al paciente diabético a solicitar más información pertinente y adquirir conocimientos para autocuidarse.

Tabla 3.

Efecto del programa educativo en el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético de la ESNPCDNT. Hospital General Jaén-2017.

Nivel de Conocimiento	Paciente diabético		Paciente diabético	
	Pre-prueba		Post-prueba	
	Nº	%	Nº	%
Deficiente	13	92.86	0	0
Regular	1	7.14	1	7.14
Bueno	0	0	4	28.57
Muy Bueno	0	0	9	64.29
Total	14	100	14	100

Fuente: Cuestionario aplicado antes y después de ser intervenidos con el programa educativo- octubre-noviembre-2017.

En la Tabla 03, se observa claramente la variación de resultados entre la pre-prueba y Post prueba aplicada a los pacientes, es decir antes y después de haber impartido el Programa educativo, en la pre prueba encontramos que el mayor porcentaje de los participantes (92.86%) se situaron en un nivel de conocimiento deficiente, y una media de distribución normal de 27.43 p, mientras que en la post-prueba más del 90% se ubicaron en el nivel de conocimiento bueno y muy bueno, con una media de distribución normal de 78.0 p, al relacionar ambas medidas.

La prueba de significancia se realizó mediante la aplicación de la prueba estadística “*Shapiro Wilk*” de distribución normal (*antes y después*), encontrando una diferencia de valores donde P-Valor (antes) = 0.282 > 0.05 y P-Valor (Después) = 0.632 > 0.05, cuya diferencia es significativamente relevante ente las medias de las calificaciones antes y después de la aplicación del programa educativo con un margen de error del 5% y un nivel de confianza

de 95%.

Los hallazgos positivos de este estudio al comparar ambas tablas (Tabla 01 y 02) podemos contrastar con los estudios de investigación relacionados como el realizado por Verdecho S, 2015, titulada “Intervención del Profesional de enfermería en el autocuidado de pacientes con diabetes; quien concluyó que las intervenciones educativas son capaces de mejorar el conocimiento sobre la diabetes y con ello contribuir a la mejora de una compensación metabólica. Este investigador adujo que la educación grupal participativa involucra al paciente como generador de su propio aprendizaje al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica con el que se logra un efecto en la toma de decisiones sobre hábitos y estilos de vida saludables y en consecuencia en el control de la enfermedad ⁸.

Otro estudio relacionado es el realizado por Gómez M. y col. 2014, mostró que la capacidad de autocuidado de los pacientes encuestados fue muy buena 96,3%, seguida de 3,7% que obtuvieron una valoración buena, coherentes con los resultados aproximados que se obtuvieron en el presente estudio ⁹.

Así mismo en el Ecuador, Estela C. y Rocillo M. 2011. En su estudio cuasi experimental sobre la aplicación de un “Programa Educativo para la prevención de la Diabetes en pacientes pre diabéticos para medir su impacto en relación a conocimiento sobre la diabetes mellitus, alimentación y estilos de vida para la prevención de la diabetes mellitus. Demostraron que el 100% de las personas que recibieron la capacitación se integran a las prácticas de estilos de vida, corroborando la efectividad del PE. ¹¹.

Este resultado sugiere que, si se continúa con las actividades educativas en forma sostenible en la ESNPCDNT del Hospital General de Jaén, es posible mejorar el nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos, lo cual cabe la posibilidad de mejorar su capacidad de

autocuidado enfatizando los 4 pilares de autocuidado del diabético, en relación a su enfermedad, prevención de complicaciones.

Moreira M.,³², señala que la teoría “psicología del aprendizaje significativo”, (teoría constructivista ausubeliana), basada en los paradigmas de las teorías cognitivas de Jean Piaget, Vigotsky y Brunner, por su gran aporte de esta teoría al constructivismo como un modelo de enseñanza por exposición, que promueve un aprendizaje significativo en las personas; en este caso en los pacientes diabéticos investigados, permitiéndoles modificar sus conocimientos de autocuidado frente a la diabetes, a partir de este aprendizaje, que debe ser reforzado en forma continua, se puede asegurar la adopción de un estilo de vida consecuente.

Este autor señala tres tipos de aprendizaje significativo: 1) el aprendizaje de representaciones, 2) el de conceptos, 3) de proposiciones y se clasifican en tres dimensiones: en la primera dimensión formación, la persona toma cierta actitud (muestra expectativas, interés y motivación) para reflexionar, argumentar, crear, explicar, y resolver problemas es aquí donde la persona desarrolla su actitud es decir aprende a saber ser (SER) ³²; en la segunda dimensión escuela el individuo se forja de una serie de contenidos (nociones y conceptos) permitiéndole entrar en la dimensión aprender a aprender (saber SABER) es aquí donde la persona adquiere aptitudes: capacidad intelectual, competencias, desempeño y procedimientos, situándolo en una tercera dimensión a la escuela lúdica (saber HACER) ³².

Por otro lado, Nola Pender sostiene que el trabajo de los enfermeros consiste en ayudar a las personas a que se comprometan con la realización de aquellas conductas que ella agrupa bajo la denominación de un “*estilo de vida saludable*”, con prioridad en los aspectos que afectan la disposición para iniciar o mantener dicho estilo de vida saludable¹⁷. En ese sentido Kickbusch I., refiriéndose al estilo de vida, aducen que esto envuelve los estándares que surgen de la selección de opciones disponibles que tienen las personas, según las

circunstancias sociales y económicas y las facilidades que ellas pueden elegir otras alternativas, Baquedano I. y col.²⁸.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

4.1. Conclusiones

1. La pre-prueba para determinar el nivel de conocimiento del autocuidado del paciente diabético de la ESNPCDNT, demostró que la mayoría de pacientes tuvieron un nivel de conocimiento deficiente específicamente en: cuidados en la alimentación, ojos, pies, actividad física, manejo del estrés y tratamiento medicamentoso. Existiendo un alto riesgo a exposición de complicaciones tanto agudas como crónicas de su enfermedad; situación desfavorable para su autocuidado.
2. La post -prueba para determinar el nivel de conocimiento del autocuidado del paciente diabético de la ESNPCDNT, demostró que los participantes elevaron su nivel de conocimientos a un nivel bueno y muy bueno, esto evidenció que el programa educativo tuvo un efecto positivo en el nivel de conocimiento de autocuidado de los pacientes diabéticos, condición que favorece de manera importante la motivación en la toma de decisiones, reafirmando definitivamente que la educación es una herramienta fundamental determinante para el autocuidado.
3. Los conocimientos de autocuidado del paciente diabético, que lograron fortalecerse con el programa educativo fueron: aspectos generales de la diabetes, actividad física, cuidado de los pies y manejo del estrés. requiriendo mayor reforzamiento respecto a la alimentación, adherencia al tratamiento medicamentoso y el cuidado de los ojos.
4. Los resultados de ambas pruebas, confirma la hipótesis planteada (H1) que dice: “El programa educativo tiene un efecto positivo en la mejora del nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético de la ESNPCDNT. Hospital General Jaén, 2017.

5. La intervención educativa es una estrategia fundamental que el profesional de enfermería debe priorizar y reconocer que impartida de manera sistematizada, monitoreada y sostenible contribuye al incremento del conocimiento y la modificación de conductas favorecedoras para el autocuidado, prevención de complicaciones en las personas diabéticas y en consecuencia puede mejorar su calidad de vida.

CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

5.1. Recomendaciones

A las autoridades Institucionales:

1. Fortalecer el servicio de la ESNPCDNT, priorizando el fomento de las medidas preventivas con énfasis en la educación al usuario diabético que requiere dotación suficiente de personal de enfermería, ampliar horarios de atención, para el desarrollo de planes de intervención educativa en forma sostenible, orientada al autocuidado de personas portadoras de diabetes mellitus y a la población en general en todos sus niveles y escenarios.
2. Monitorear y evaluar el cumplimiento de indicadores, según la norma técnica de la ESNPCDNT y la guía de atención a nivel institucional, facilitando la capacitación continua a los profesionales de la salud del servicio para fortalecer y promover una cultura de estímulo que los motive y mejore su desempeño laboral, gratificando sus logros.

A la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria:

3. Promover proyectos de mejora continua, puntualizando la educación al usuario diabético en las etapas más tempranas de la enfermedad e intensificar las actividades de educación sobre la diabetes, orientada en los cuatro pilares del autocuidado del paciente diabético, incluyendo a la población en general a todo nivel y escenarios.
4. Coordinar y ejecutar los proyectos de intervención educativa relacionados a la diabetes, aprovechando la presencia de los estudiantes del pre grado de enfermería que realizan sus prácticas pre profesionales como parte de los convenios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 WHO: Diabetes. [Accesado el 18 de setiembre 2016]. Disponible en: www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es
2. Federación Internacional de Diabetes. Plan Mundial contra la Diabetes. 2011-2021. Disponible en: www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf.
3. Federación Internacional de Diabetes (FID) “Las cifras de la diabetes” 7º Ed. Bruselas. Bélgica: 2015. Publicado el 12 de noviembre del 2015. www.diabetesatlas.org/keymessages.html.
4. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud. “Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus tipo 2”. Lima – Perú 2014. pp: 1- 67. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/GPC_V03_03_14.pdf
5. Revilla L. Situación de vigilancia de diabetes en el Perú. Vol 22 (SE 39) Lima. 2013, [Accesado el 10 octubre del 2016]. Disponible en: www.Dge.gob.pe/boletin_sem/2013/SE_30-o2pdf
6. Sub Región de Salud-Jaén. Hospital General Jaén. Oficina de estadística e informática-diciembre 2016.
7. Sánchez Ortega M.A; Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud. [Tesis doctoral]. [Barcelona- España]. Diposit Digital de la Universitat de Barcelona.2015. [Accesado el 12 noviembre del 2016].

Disponible en:
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/101363/1/MASO_TESIS.pdf

8. Verdecho Muria S. “Intervención del Profesional de Enfermería en el autocuidado de pacientes diabéticos tipo II”. [Trabajo de Fin de Grado]. [Moncada - España] Universidad CEU Cardenal Herrera. 2015. [Accesado el 15 de noviembre del 2016]. Disponible en:
http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/7561/1/Intervenci%C3%B3n%20del%20profesional%20de%20enfermer%C3%ADa%20en%20el%20autocuidado%20en%20pacientes%20diab%C3%A9ticos%20tipo%20II_TFG_Sara%20Verdecho%20Muria.pdf
9. Gómez M, Martínez L. Pacheco L y col. Agencia de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus Tipo II. [Internet]. [Trabajo de Fin de Grado]. Cartagena 2014. [Accesado el 15 de noviembre del 2016]. Disponible en:
<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2635/1/INFORME%20FINAL.pdf>
10. Alves D, Da Silva NM, Lima AL, Brandao PC, De Oliveira CR. Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 [accesado el 16 de noviembre del 2016]. Volumen (10): paginas 1-8: disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a08v20n3.pdf
11. Inga Yumi CE, Rocillo M. Programa Educativo para la Prevención de la Diabetes en pacientes Pre diabéticos del IESS de Riobamba. [Tesis de Grado]. [Riobamba– Ecuador]. Repositorio Escuela Superior Politécnica del Chimborazo. 2009

[accesado el 16 de noviembre del 2016]. Disponible en:
<http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/1235/1/34T00220.pdf>

12. Declaración de Alma-Ata. Revista Panamericana de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
13. Quinta Conferencia Internacional sobre educación para la salud en adultos. Rev. Scrib Hamburgo. 1997 [Internet]. [Accesado el 18 de noviembre del 2016]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/212453956/QUINTA-CONFERENCIA-INTERNACIONAL-SOBRE-EDUCACION-DE-ADULTOS-CONFITEA-V>
14. Redondo Escalante P. “Introducción a la educación para la salud” Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina. BVS. Costa Rica.2004. [Accesado el 22 de noviembre del 2016]. Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd20/quinta.pdf>
15. Aristizábal GP, Blanco DM, Sánchez A, Ostigüín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. Univ. [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Nov 13]; 8(4): 16-23. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es.
16. Hernández TL; Arizmendi ER; Ortega PA; Tapia M; Terrazas MA. Programa de intervención para el fomento de la promoción y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión. Rev Paraninfo Digital, 2014; 20.

Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n20/339.php>> Consultado el 13 de noviembre del 2016

17. Pazos Casal R. Validación de un instrumento que facilite el proceso de atención de enfermería en el marco de la teoría de Pender. [Trabajo de Fin de Grado]. La Coruña España. Repositorio de la Universidad de Coruña. 2014 [Accesado el 02 de diciembre del 2016]. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/15680>
18. Salas Perea RS. La identificación de necesidades de aprendizaje. Educ Med Super [Internet]. 2003 Abr [citado 2016 Nov 14]; 17 (1): 25-38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000100003&lng=es.
19. Manual de educación sanitaria. Saneamiento básico rural. [Internet]. Cajamarca: BVS. Metodología de educación de adultos en saneamiento. Cajamarca. c1997. [Accesado el 14 de noviembre del 2016]. Atención Primaria y Saneamiento Básico- APRISABAC. [Aproximado 59 pantallas]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/755_MINSA181.pdf
20. Pérez J, Gardey A. Definición de Programa de Salud. Definición.DE. [Intertnet]. 2008 [Actualizado: 2012]. [Accesado: 5 octubre 2016]. Disponible en: <https://definicion.de/programa-de-salud>
21. Del Rosario A, Horna B, Inoñan S y Rivas R. Diseño Programa Educativo. Slide Share [Internet]. 2013 [Accesado el 05 de Octubre del 2016]. Diapo. 1-8. Disponible en: <https://es.slideshare.net/beju95/diseo-programa-educativo-enfermeria-402-2-22395269>

22. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Guía de actuación a personas con diabetes. [Internet]. [Accesado el 18 de noviembre del 2016]. Disponible en: <http://www.asanec.es/bibliografias/GUIA%20DIABETES-OK%20red2b.pdf>
23. American Diabetes Asociación. Guías de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) 2014. Diagnóstico y tratamiento [Internet]. [Accesado el 22 de septiembre del 2016]. Disponible en: <https://jrminterna.blogspot.com/2013/12/ultima-hora-guias-de-diabetes-2014.html>
24. Paho.Org. [Internet]. Washintong DC. 2012. [Actualizado 2013, Accesado el 02 de diciembre del 2016]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
25. Carrasco E, flores G, Galvez C, Miranda D, Perez M y Rojas G. Manual para Educadores en diabetes mellitus. [Internet]. Santiago – Chile. Flip-Axis Ltda Organización Panamericana de la salud. Flip-axis Ltda. Chile: 2007. [Accesado el 28 de noviembre del 2016]. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/189130/918750/file/ENT%20Diabetes,%20Manual%20para%20educadores.PDF>
26. Lafuente N, Cruz R, García E, Batres JP, Castilla ML, Granados A. Educando al Diabético en Atención Primaria: La visión de la Enfermera. [Internet]. Andaluz – España. Consejería de Salud y la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC) 2002. Disponible en: <http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentacion%20Distrito/Documentos/Diabetes/Educando%20Al%20Diabetico%20Visión%20Enfermera.pdf>

32. Rodríguez L. Introducción: La Teoría del Aprendizaje Significativo en la perspectiva de la psicología cognitiva. Editorial octaedro. [Internet]. México 2010 [Accesado, el 28 de diciembre del 2016]. Disponible en: <https://elibros.octaedro.com/appl/botiga/client/img/10112.pdf>
33. Cook TD, Retehardt ChS. Métodos Cuantitativos y Cualitativos en investigación Evaluativa. © Sage Publications. [Internet]. Madrid – Morata. 1986.[Accesado el 28 de diciembre del 2016]. Disponible en: https://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/2014/DraSanjurjo/12de20/Cook_Reichardt.pdf
34. Calero JL. Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales. Rev. Cubana Endocrinol. [Internet]. Cuba, 2000 [Accesado el 28 diciembre del 2016]; 11 (3):192-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol11_3_00/end09300.pdf
35. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica [Internet]. 2003;34(3):164-167. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
36. Alvira Martín F. Perspectiva cualitativa / perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica. Mc Graw Hill. [Internet]. DF. México.2002 [Accesado el 02 de enero 2017]. 22(83); 53-75. Disponible en: http://ih-vm-cisreis.c.mad.interhost.com/REIS/PDF/REIS_022_05.pdf
37. Ruiz Oliva E., Vallejos Sosa T. Manual para la investigación Científica en salud. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad de Enfermería. Lambayeque.2016.

38. Raju T.N. William Sealy Gosset and William A. Silverman: two "students" of science. *Pediatrics* 2005.116 (3):732-5. PMID 16140715. doi:10.1542/peds.2005-1134.
[On Line] wikipedia.org/wiki/William_Sealy_Gosset
39. Berrio L.; Castro P. “La Ética en la investigación” Universidad del ITSMO. Postgrado en docencia superior: Metodología de la investigación. 2012. Vol.22. Accesible en: es.slideshare.net/capdrh/ppt-la-tica-en-la-investigacion

ANEXOS

ANEXO 01

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....declaro, que fui informada (o) por las Profesionales de enfermería: Carmela Tantaleán Troyes y Yulia Akintui Taan, quienes están realizando su trabajo de investigación, con el objetivo de determinar el efecto de un programa educativo en el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de daños no transmisibles del Hospital General de Jaén.

1. La información obtenida será tratada en forma fidedigna y bajo absoluta reserva y anonimato, y que podré dejar de participar como investigado(a) en cualquier momento, sin que se tome represalias contra mi persona. Se me informará ante cualquier duda o aclaración que tenga, respecto al tema abordado.
2. Que no sufriré ningún daño con respecto a mi salud física, psicológica ni exposición de ninguna índole.

Por lo tanto, en forma voluntaria doy mi consentimiento para participar en el desarrollo del programa educativo, debiendo contestar el cuestionario antes y después de la aplicación del Programa educativo, y asistir a las sesiones educativas programadas mediante el cual se evaluará mi conocimiento de autocuidado respecto a la diabetes mellitus, por lo cual firmando en señal de conformidad.

Jaén, Agosto del 2017

.....
Firma del participante

ANEXO 02

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSTGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD



INSTRUCCIONES: El cuestionario es anónimo, responda los siguientes datos que se le solicitan colocando un aspa (X) dentro del paréntesis, según corresponda.

I. Datos Personales: (es anónimo)

1. Sexo: masculino (), femenino ()
2. Qué edad tiene (años cumplidos)
3. Estado civil: soltero () casado () unión libre (), viudo () divorciado ()
4. Cuál es su peso actual:
5. Hasta qué grado realizó sus estudios (especifique).....
6. Cuánto tiempo tiene con esta enfermedad:

II. ASPECTOS ESPECIFICOS DE LA DIABETES:

Lea cuidadosamente y encierre con un círculo la respuesta correcta o incorrecta de acuerdo a lo solicitado.

1. La Diabetes Mellitus es:
 - a) Enfermedad ocasionada por el aumento de azúcar o glucosa en la sangre.
 - b) Enfermedad infecciosa de la sangre.
 - c) Enfermedad ocasionada por la picadura de mosquitos.
 - d) Enfermedad causada por parásitos.
2. Señala los tipos de la diabetes que conoces:

- a) Diabetes mellitus tipo O
 - b) Diabetes mellitus tipo A
 - c) Diabetes mellitus tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional.
 - d) Todas.
3. ¿Cuáles son los síntomas y signos de la diabetes mellitus?
- a) Estreñimiento y fiebre.
 - b) Dolor de cabeza y falta de apetito
 - c) Fiebre, diarreas y tos.
 - d) sed intensa, mucho apetito, orina frecuentemente, pérdida de peso en pocos días.
4. Señale el valor normal de la glucosa en la sangre.
- a) Entre 120-200 mg/dl.
 - b) Entre 70 - 110 mg/dl.
 - c) Entre 30 – 60 mg/dl.
 - d) Entre 250-480 mg/dl.
5. Son factores de riesgo para la diabetes mellitus que se pueden modificar:
- a) La raza
 - b) Alimentación inadecuada, el sobrepeso, la obesidad y la falta de ejercicio físico.
 - c) La edad.
 - d) La herencia (hijos de progenitores, que hayan sufrido con diabetes mellitus).
6. Las complicaciones agudas de la diabetes mellitus son:
- a) La hipoglicemia (cantidad de azúcar en sangre menor a los valores normales)
 - b) La hiperglicemia (cantidad de azúcar en sangre mayor a los valores normales)

- c) El síndrome de pie diabético, el Infarto cardiaco, daño renal, daño ocular, cerebral.
- d) sólo a y b son ciertas.

7. Las complicaciones crónicas de la diabetes son:

- a) Daños del riñón, impotencia sexual.
- b) Daño cardiaco, daño de la vista que termina en ceguera.
- c) Enfermedad cerebral-vascular, pie diabético que termina con amputaciones.
- d) Todas.

8. La disminución del azúcar en sangre (hipoglucemia) se debe a:

- a) Ingerir una dieta pobre en carbohidratos, retraso en el horario de las comidas, tomar bebidas alcohólicas, exceso de ejercicios, abuso de la dosis de antidiabéticos.
- b) La escasa ingesta de vitaminas.
- c) Comer en exceso alimentos dulces y grasosos.
- d) Exceder en la ingesta de porciones alimenticias.

9. La hiperglicemia (aumento de azúcar) en pacientes diabéticos es causada por:

- a) Dietas con exceso de carbohidratos (harinas y dulces) en cada comida, dejar de tomar el tratamiento antidiabético.
- b) Dejar de alimentarse.
- c) Tomar medicamentos antidiabéticos todos los días
- d) Excesos de bebidas alcohólicas.

10. La complicación de la diabetes se puede controlar si las personas con diabetes muestran:

- a) Insuficiente educación y formación para el autocuidado
- b) evitan la actividad física por estar comprometida su salud.
- c) viven con exceso de estrés,

d) Buen estilo de alimentación (dieta rica en proteínas, vitaminas y minerales).

11. Los cuidados para controlar la diabetes mellitus son:

- a) Mejorar estilos de vida: dieta equilibrada según necesidades nutricionales
- b) Mantener actividad física, peso ideal, niveles de triglicéridos y colesterol controlados y presión arterial controlada.
- c) Administrar los medicamentos de acuerdo a la indicación médica y control de glicemia
- d) Todas.

12. ¿Cómo se obtiene el índice de masa corporal (IMC)?:

- a) Midiendo el contorno del tórax y caderas.
- b) El peso corporal se divide entre la talla al cuadrado.
- c) Midiendo la circunferencia abdominal alrededor del ombligo.
- d) Peso entre el tamaño de la persona.

13. Son medidas preventivas en la alimentación de las personas diabéticas:

- a) El consumo preferente de alimentos que contengan carbohidratos, grasas, azúcar y alimentos procesados.
- b) Incluir alimentos que contengan proteínas de preferencia carnes blancas, huevos sancochados sin yema, carne de aves sin piel, frutas, verduras, cereales integrales.
- c) Consumir de preferencia los alimentos sancochados, hornadas, asados.
- d) sólo a no es correcto

14. Los horarios de comida de las personas diabéticas son:

- a) Consumir solo 2 comidas diarias.
- b) Raciones fraccionada en tres comidas diarias.
- c) Raciones fraccionadas entre 5 y 6 comidas diarias.

d) No necesita fraccionar las comidas, debe ser igual al resto de la familia.

15. La frecuencia y tiempo de los ejercicios que debe realizar un paciente diabético es:

- a) Los ejercicios físicos deben ser una vez por semana.
- b) Dos veces, por semana con duración de 20 minutos.
- c) Tres veces, por semana con duración de 10 minutos.
- d) Todos los días con una duración de 30 minutos cada vez o tres veces por semana con duración de 1 hora cada vez.

16. Las actividades físicas que deben realizar las personas diabéticas son:

- a) Caminatas, trotar, correr, hacer gimnasia, danzar, natación, de acuerdo a su condición de salud.
- b) Evitar los deportes de bajo y mediano esfuerzo.
- c) La carrera maratón debe practicarse esencialmente en personas diabéticas.
- d) El ejercicio a realizar debe ser de gran esfuerzo para ser efectivo.

17. Para prevenir las complicaciones de la vista usted debe realizar lo siguiente:

- a) No requiere exámenes con el especialista.
- b) Debe realizar control con el especialista.
- c) Establecer cita mensual con el especialista.
- d) Si no hubiera alteración en el primer examen, no necesita de citas posteriores.

18. La hipoglicemia (glucosa en sangre menor al valor normal) se previene mediante:

- a) Que el ejercicio físico debe realizarse en ayunas.
- b) Tomar los medicamentos antidiabéticos en ayunas.
- c) Llevar consigo siempre una bebida dulce o 3 cucharadas de azúcar.
- d) Suministrarse la insulina.

19. Para la prevención de la hiperglucemia (exceso de glucosa en la sangre)

- a) No es importante acudir a las citas de control.
- b) Beber abundante agua en caso de fiebre, diarreas.
- c) Administrarse sus antidiabéticos conforme a lo indicado.
- d) Sólo (a) no es correcta.

20. Para el cuidado de los pies en la persona diabética se debe.

- a) Usar siempre zapato ajustado.
- b) Revisar los pies todos los días, con ayuda de un espejo si no le es posible de otra forma.
- c) Usar vez en cuando medias de material sintético.
- d) Usar sandalias es más cómodo y menos riesgoso de lastimarse los pies.

21. Lo que debe hacer una persona diabética con respecto a su calzado.

- a) Calzar a su medida y de preferencia zapatos cerrados.
- b) Puede cambiarse de medias cada 2 o 3 días.
- c) Caminar descalzo en el jardín o en la casa.
- d) Remojarse los pies y lavarse con agua caliente y con detergentes.

22. El recortado de las uñas de los pies de un paciente diabético se realiza:

- a) Siempre con cortaúñas y en forma redonda.
- b) En forma recta y haciendo uso de una tijera y una lima.
- c) Cortarse las uñas con navaja o cuchilla.
- d) No es necesario recortarse las uñas.

23. Con respecto a la higiene de los pies de un paciente diabético no debe:

- a) Utilizar la escobilla de ropa para lavar los pies.

- b) Lavarse los pies con agua fría o tibia y usar un jabón suave.
- c) Debe usar una crema que suaviza la piel y evitar callos en los pies.
- d) Secar bien los entre dedos para evitar la proliferación de hongos por la humedad.

24. Considera que la recreación y el ocio en pacientes diabéticos es:

- a) En adultos no es necesario y no se ve bien ante la sociedad.
- b) El recreo solo es bueno para los niños porque están creciendo.
- c) Favorece la prevención de la diabetes y sus complicaciones.
- d) El ocio conlleva a que el paciente solo pierda tiempo y duerma.

25. Los beneficios de la recreación y ocio en personas con diabetes mellitus pueden:

- a) Calmar la agresividad, el estrés y la depresión en las personas con diabetes.
- b) Ayudar a ser más tolerantes ante la enfermedad y mejora la calidad de vida.
- c) Mejora las relaciones sociales con la familia y las demás personas de su entorno.
- d) Todas.

Muchas Gracias

ANEXO 03

Prueba de Confiabilidad

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Válidos		10	100,0
Casos	Excluidos ^a	0	,0
Total		10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,750	25

En la prueba piloto aplicada a 10 pacientes diabéticos en otros establecimientos de salud, según el análisis de Alfa de Cronbach, el valor es de 75% por lo que el instrumento es confiable, y se puede aplicar a la investigación.

ANEXO 04

ANALISIS DE EXPERTOS

ITEM	EXPERTO					TOTAL	P VALOR $\leq A$	SIGNIFICADO ESTAD.
	1	2	3	4	5			
1	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
2	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
3	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
4	1	0	1	1	1	4	0.1563	No Significativo
5	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
6	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
7	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
8	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
9	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
10	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo

Según la prueba de expertos, y aplicando la prueba binomial se concluye que el instrumento es válido

ANEXO 05

Prueba de Normalidad:

Ho: Los datos provienen de una distribución normal

H₁: Los datos No provienen de una distribución normal

Shapiro-Wilk		
Estadístico	gl	Sig.
,928	14	,282
,954	14	,632

P-Valor (antes) = 0.282 > 0.05

P-Valor (Después) = 0.632 > 0.05

Ambas medidas provienen de una distribución normal

ANEXO 06

Prueba “t”

Ho: No hay diferencia significativa en las medias de las calificaciones antes y después de la aplicación del programa educativo

H₁: Hay una diferencia significativa en las medias de las calificaciones antes y después de la aplicación del programa educativo.

Con un error del 5%

Estadísticos de muestras relacionadas					
		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Pre Test	27,43	14	11,934	3,189
	Post Test	78,00	14	11,819	3,159

Prueba de muestras relacionadas									
		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pre Test – Post Test	-50,571	12,805	3,422	-57,965	-43,178	-14,778	13	,000

P-Valor = 0.000 < 0.05

Por lo tanto hay una diferencia significativa en las medias de las calificaciones antes y después de la aplicación del programa educativo

Por lo cual se concluye que la aplicación del programa educativo, si tiene efectos significativos en el conocimiento de los pacientes, de hecho que los pacientes en promedio subió sus calificaciones de 27.43 a 78 puntos.

ANEXO 07

RESULTADOS DE LA PRE Y POST PRUEBA (ANTES Y DESPUES) SEGÚN LOS ASPECTOS ESPECIFICOS EVALUADOS.

Sub Tabla: 1

Nivel de conocimientos generales en el autocuidado del paciente diabético en la pre y post-prueba aplicada al paciente diabético de la ESNPCDNT. HGJ-2017.

PUNTAJE			ANTES hi(%)	DESPUES hi(%)
0	-	12	35.71	0.00
13	-	24	57.14	0.00
25	-	36	7.14	35.71
37	-	48	0.00	64.29
Total			100.00	100.00

Fuente: cuestionario aplicado a pacientes diabéticos antes y después de recibir el programa educativo-2017.

Sub Tabla 2: Nivel de conocimientos de autocuidado en la alimentación del paciente diabético en la pre y post-prueba aplicada al paciente diabético de la ESNPCDNT. HGJ-2017.

PUNTAJE	ANTES hi(%)	DESPUES hi(%)
0	92.86	14.29
4	7.14	35.71
8	0.00	50.00
Total	100.00	100

Fuente: cuestionario aplicado a pacientes diabéticos antes y después de recibir el programa educativo-2017.

Sub Tabla 3:

Nivel de conocimientos de autocuidado para la actividad física del paciente diabético en la pre y post-prueba aplicada al paciente diabético de la ESNPCDNT. HGJ-2017.

PUNTAJE	ANTES hi (%)	DESPUES hi (%)
0	21.43	0.00
4	64.29	35.71
8	14.29	64.29
Total	100.00	100

Fuente: cuestionario aplicado a pacientes diabéticos antes y después de recibir el programa educativo-2017.

Sub Tabla 4: Nivel de conocimientos de autocuidado de los ojos del paciente diabético en la pre y post-prueba aplicada al paciente diabético de la ESNPCDNT. HGJ-2017.

PUNTAJE	ANTES hi (%)	DESPUES hi (%)
0	71.43	35.71
4	28.57	64.29
Total	100.00	100

Fuente: cuestionario aplicado a pacientes diabéticos antes y después de recibir el programa educativo-2017.

Sub Tabla 5: Nivel de conocimientos de autocuidado para el tratamiento medicamentoso del paciente diabético en la pre y post-prueba aplicada al paciente diabético de la ESNPCDNT. HGJ-2017.

PUNTAJE	ANTES hi (%)	DESPUES hi (%)
0	21.43	14.29
4	64.29	50.00
8	14.29	35.71
Total	100.00	100

Fuente: cuestionario aplicado a pacientes diabéticos antes y después de recibir el programa educativo-2017.

Sub Tabla 6: Nivel de conocimientos de autocuidado de los pies del paciente diabético en la pre y post-prueba aplicada al paciente diabético de la ESNPCDNT. HGJ-2017.

PUNTAJE	ANTES hi (%)	DESPUES hi (%)
0	28.57	0.00
4	57.14	0.00
8	14.29	7.14
12	0.00	64.29
16	0.00	28.57
Total	100.00	100.00

Fuente: cuestionario aplicado a pacientes diabéticos antes y después de recibir el programa educativo - 2017.

Sub Tabla 7: Nivel de conocimientos de autocuidado en el manejo del estrés del paciente diabético en la pre y post-prueba aplicada al paciente diabético de la ESNPCDNT. HGJ-2017.

PUNTAJE	ANTES hi (%)	DESPUES hi (%)
0	57.14	7.14
4	42.86	7.14
8	0.00	85.71
Total	100.00	100.00

Fuente: cuestionario aplicado a pacientes diabéticos antes y después de recibir el programa educativo - 2017.

ANEXO 08

SOLICITA PERMISO DE CAMPO

CLÍNICO PARA DESARROLLO

DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.

Sra. Mcs. Nancy Guerrero Velasco

Directora del Hospital General de Jaén

S.D.

Yo Carmela Tantaleán Troyes, identificada con DNI 27674742, Yulia Akintui Taan, identificada con DNI 42035826, con el debido respeto nos presentamos ante usted y exponemos:

Que encontrándonos realizando estudios de especialidad en enfermería en emergencia y desastres con mención en cuidados hospitalarios de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo y siendo requisito indispensable desarrollar el trabajo de investigación científica titulado “Efecto de un Programa Educativo en el nivel de conocimiento de autocuidado del paciente diabético de la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de daños no transmisibles - Hospital General Jaén, durante los meses de agosto a octubre del 2017.

Por lo expuesto solicito a usted me conceda el permiso respectivo para desarrollar el estudio de investigación que consta en desarrollar un Programa Educativo dirigido a los pacientes diabéticos de la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de daños no transmisibles por el lapso de 10 semanas, asimismo me autorice hacer uso de las instalaciones de esta institución para el desarrollo del evento.

Conocedora de su gran espíritu de contribución al campo de la investigación científica esperamos su autorización por ser de justicia.

Jaén, agosto del 2017

.....

Lic. Carmela Tantaleán T.

.....

Lic. Lucrecia Y. Akintui Taan.

ANEXO 09

Cuestionario

“Necesidades de aprendizaje sobre diabetes mellitus”

Objetivo: explorar las necesidades de capacitación sobre la diabetes mellitus para la implementación de un programa que ayude a mejorar el nivel de conocimiento de autocuidado de los pacientes diabéticos atendidos en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles. Hospital General Jaén-2017

Instrucciones:

La presente encuesta realizada por las licenciadas en enfermería Carmela Tamalean Troyes y Lucrecia Yulia Akintui Taan, estudiantes del Post-Grado de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Especialidad en Enfermería en Emergencia y Desastres con mención en cuidados hospitalarios; tiene el objetivo de explorar algunas necesidades de capacitación en los usuarios diabéticos de la ESNPCDNT con el objeto de elaborar y aplicar un programa educativo con respecto al autocuidado frente a la diabetes mellitus. Por lo que solicitamos a usted que en forma libre y voluntaria se sirva contestar el siguiente cuestionario, llenando con un aspa en el casillero que considere correcto. Asegurándole que los datos obtenidos serán utilizados únicamente para desarrollar un plan educativo.

N°	ÍTEM	RESPUESTA	
		SI	NO
	Beneficios percibidos para la acción		
1	Cree que capacitarse para conocer mejor como afecta la diabetes mellitus. a su organismo, le favorecerá el cuidado de su salud.		
	Afecto relacionado con el comportamiento frente a su enfermedad		
2	Conoce lo suficiente cómo evoluciona la diabetes mellitus		

3	Conoce cuales son las complicaciones de la diabetes mellitus		
4	Conoce las medidas de prevención de las complicaciones de la diabetes mellitus		
5	Considera que los adultos también necesitan de tiempos libres para la recreación y el ocio		
6	Cree que la fe en Dios es importante		
7	Considera necesario afianzar su autoestima para afrontar situaciones no deseadas		
	Autoeficacia Percibida		
8	Considera que, actualmente, usted sabe cuidar de sí mismo		
9	Estaría disponible para capacitarse y conocer más para poder desarrollar acciones que le ayuden a mantener su salud frente a la enfermedad diabetes		
	Alimentación saludable		
	Ejercicio y reposo suficiente		
	Uso de medicamentos antidiabéticos.		
	Manejo del estrés.		
	Cuidados de los pies y otros órganos y regiones corporales		
	Puntualidad a citas de control		
	Barreras percibidas para la acción		
10	Siente que algo le impide desarrollar una conducta saludable frente a su enfermedad		
	Influencias interpersonales (percepción del entorno)		
11	Considera el apoyo de su familia o de sus amistades que le ayuda a seguir adelante en el mantenimiento de su salud		
12	Considera que el equipo de salud le brinda posibilidades de mantener su salud		

Fuente: Instrumento basado en los postulados del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, adaptado a las necesidades de explorar el tema en cuestión por las investigadoras- año 2017.

Muchas gracias

Resultados

Valor Total del instrumento 18 puntos	N° de participantes	%
Marcaron todos aciertos	8	80%
Marcaron algunos desaciertos	2	20%
18 puntos = 100%	10	100%

ANEXO 10

LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO PROGRAMA EDUCATIVO.

ITEMS A EVALUAR	CUMPLIMIENTO	
	SI =10	NO=0
TITULO	X	
OBJETIVOS	X	
CONTENIDOS TEMATICOS	X	
METODOLOGIA	X	
MATERIALES	X	
TIEMPO	X	
RESPONSABLES	X	
EVALUACIÓN	X	
Total	80	

LEYENDA:

SI= 10 puntos	NO = 0 puntos
80-100 % = si cumple	< de 79 % no cumple
Valor total	80 puntos= 100%

ANEXO 11

PROGRAMA EDUCATIVO						
a) Datos informativos	b)Objetivos	c)Contenidos	d) Metodo logía	e) Materiales	f) Recursos humanos	g) evaluación
-Titulo - Beneficiarios -Fecha -Hora -Lugar. - Responsables.	Objetivo general. Objetivos específicos	Definición de la diabetes Tipos. Diagnostico. Valoración de glucosa en sangre. Signos y síntomas de la diabetes mellitus. Factores de Riesgo. Complicaciones agudas. Complicaciones crónicas. Tratamiento.	Sesiones educativas	Equipos multimedia Equipos computacionales Materiales de escritorio Mobiliario	Organizadores. Facilitadores. Participantes.	Antes: pre-prueba. Después: Post-prueba

PLAN EDUCATIVO

I UNIDAD: ASPECTOS GENERALES DE LA DIABETES

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

Al finalizar el desarrollo de la unidad, el participante será capaz de:

- Describir el concepto de la diabetes y sus causas.
- Reconocer los signos y síntomas de la diabetes mellitus.
- Identificar los factores que afectan el estado normal de la glicemia.

PLAN EDUCATIVO I UNIDAD : ASPECTOS GENERALES DE LA DIABETES

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	MATERIALES EDUCATIVOS	TIEMPO	RESPONSABLE	EVALUACIÓN FORMATIVA
COGNITIVOS Describir el concepto de la diabetes y sus causas, consecuencias y las bases de su tratamiento. Reconoce los signos y síntomas de la Diabetes. Identificar los factores que afectan el estado normal de la glicemia. Identifica los valores normales de glicemia en sangre.	Definición de la diabetes mellitus, tipos. Causas de la diabetes. Signos y síntomas. valores normales Factores que afectan la glicemia.	Lluvia de ideas. Exposición y discusión de grupos haciendo uso de cartillas y papelotes. Intercambio de experiencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Multimedia. • Diapositivas 	15 min.	Enfermera y participantes	Los participantes señalarán las principales ideas del aprendizaje.
PRICOMOTORES O DE HABILIDAD Interpretar los resultados de la glicemia	<ul style="list-style-type: none"> • Significado de los valores normales y alteraciones de los valores de glicemia en sangre (interpretación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámicas grupales. • exposición 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartillas • Papelotes • Plumones • Cinta de pegar 	15 min.	Enfermera y participantes	Los participantes interpretan los resultados según los valores de la glicemia presentados.
VALORICOS Valorar la importancia del manejo de los valores de la glicemia en sangre y su tratamiento mediante para la prevención de complicaciones	Importancia	<ul style="list-style-type: none"> • Taller (dinámica de grupos) (juego de la Flor) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartillas • Cinta de pegar 	10 min.	Enfermera y participantes	Los participantes emiten opiniones sobre lo aprendido, retroalimentación. - Coevaluación - Autoevaluación. - Heteroevaluación.

II UNIDAD: EL AUTOCONTROL EN LA DIABETES MELLITUS.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

Al finalizarla unidad el participante estará en condiciones de:

- Identificar los métodos de autocontrol de la glicemia.
- Reconocer la importancia del autocontrol en la Prevención de complicaciones de la diabetes.
- Reconocer la importancia de aprender a manejar el tratamiento y los cuidados para mantener los valores normales de glicemia en sangre.

PLAN EDUCATIVO II UNIDAD: EL AUTOCONTROL EN LA DIABETES

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	MATERIALES	TIEMPO	RESPONSABLES	EVALUACION
COGNITIVOS <ul style="list-style-type: none"> Identificar los métodos de Autocontrol de glucosa en sangre y orina Reconocer la importancia del autocontrol para prevenir Complicaciones agudas y crónicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Método de autocontrol en sangre. Cuidados y condiciones para el autocontrol y pautas a seguir según resultados Aspectos sobre la técnica de autocontrol de glicemia (glucotest) 	<ul style="list-style-type: none"> Exploración de Conocimientos (dinámica o): Exposición de los métodos de autocontrol. Ilustraciones. 	Equipo de data Laminas Diapositivas.	5 min. 10min.	Enfermera laboratorista	Los participantes señalan los métodos, los cuidados de autocontrol de glicemia.
PRICOMOTORES DE HABILIDAD Realizar la técnica de autocontrol de glicemia capilar. <ul style="list-style-type: none"> Registrar e interpretar resultados. Explicar cómo actuar frente a resultados alterados 	<ul style="list-style-type: none"> Registro, lectura e interpretación de los resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> Demostración práctica del método de autocontrol de la glicemia. Redemonstración del método de autocontrol en sangre en parejas. Trabajo en equipo para el análisis del registro. 	Glucómetro Lancetas, guantes Algodón, alcohol Caja sanitaria. Microcubetas. Tiras reactivas Registro de datos. Lapiceros, tarjetas. Tabla de valores Equipo de lavado de manos	30 min	Enfermera laboratorista	Interpreta los resultados de glicemia, utilizando la tabla de valores Elabora la lista de medidas a seguir según resultados. Realizan el lavado de manos como técnica de bioseguridad.
VALORICOS <ul style="list-style-type: none"> Reconocer la importancia del autocontrol de glicemia en la vigilancia y evolución de su enfermedad. 	Ventajas del autocontrol. Importancia del autocontrol en el manejo de la diabetes	Discusión de grupo Retroalimentación. Lista de dificultades y soluciones presentadas. Retroalimentación.	Papelotes Plumones Cuaderno de Notas.	15 min.	Enfermera	Realiza la lista de beneficios del autocontrol. Exponen las dificultades y posibles soluciones.

III UNIDAD: APRENDEMOS SOBRE LOS HIPOGLUCEMIANTES ORALES

(antidiabéticos orales)

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar el desarrollo de la unidad los participantes serán capaces de:

- Identificar las funciones de los medicamentos hipoglicemiantes orales.
- Diferenciar los diversos medicamentos antidiabéticos, así como la dosis frecuencia, concentraciones y horario correcto).
- Reconocer la importancia de la adherencia al tratamiento antidiabético.

PLAN EDUCATIVO III UNIDAD: APRENDEMOS SOBRE LOS HIPOGLICEMIEANTES ORALES (antidiabéticos orales)						
OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS	METODOLOGIA	MATERIALES	TIEMPO	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
COGNITIVOS <ul style="list-style-type: none"> Identificar las funciones de los medicamentos antidiabéticos orales. 	<ul style="list-style-type: none"> Antidiabéticos orales, tipos, concentración, dosis, frecuencia y cómo actúan en el organismo. Riesgos de automedicarse. Antidiabéticos y las bebidas alcohólicas. 	lluvia de ideas. <ul style="list-style-type: none"> Exposición. Intercambio de experiencias. Efectos adversos en relación al alcohol y tratamiento con antidiabéticos. 	Tabletas en sus diferentes concentraciones Muestras.	10´min.	Enfermera	El participante identifica los antidiabéticos orales. Elabora la lista de medicamentos. Enumera un listado de precauciones en relación a los efectos entre el tratamiento antidiabético y bebidas alcohólicas.
PSICOMOTORES DE HABILIDAD Diferenciar los diversos medicamentos indicados para el tratamiento de la DM. Distribuir correctamente la dosis y horario de administración.	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos, concentración y dosis. Medicamentos orales, concentración y dosis Distribución en horarios 	Demostración Redemostración y verificación de Consignar señal de alerta	Reloj con alarma Calendario. Celular con alarma. Casillera semanal Tijera, goma, papel.	15 min.	Enfermera	Los participantes reconocen y verifican los diversos medicamentos, concentración y dosis. Elaboran su casillero semanal y distribuyen los medicamentos
VALORICOS Reconocer la importancia de la adherencia al tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Importancia del tratamiento en el control de la diabetes mellitus. 	<ul style="list-style-type: none"> Discusión en grupos pequeños Plenaria con exposición de puntos importantes. 	Papelotes. cinta de pagar	10 min.	Enfermera	Los participantes formulan opiniones y emiten juicios de valor.

**IV UNIDAD: APRENDEMOS EL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE LA
INSULINA (hipoglucemiantes Parenterales)**

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

Al finalizar la unidad los participantes estarán en la capacidad de:

- Identificar los tipos de insulina y la importancia de sus efectos hipoglucemiantes como parte del tratamiento inmediato de la hiperglicemia.
- Manejar la técnica de administración de la insulina en el hogar.
- Reconocer los beneficios de la insulina en el control de la enfermedad diabética.

PLAN EDUCATIVO IV UNIDAD. APRENDEMOS EL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA (hipoglucemiantes Parenterales)

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS	METODOLOGIA	MATERIALES	TIEMPO	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
COGNITIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Identificar la importancia de la insulina en el control de la diabetes mellitus, dosis, vía de administración 	<ul style="list-style-type: none"> Acción de la insulina en el organismo frente a la diabetes. Tipos de insulina, dosis. Vía de administración, regiones específicas de aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> Preguntas de sondeo para exploración del conocimiento. Exposición 	Equipo multimedia Láminas.	10 min.	Enfermera	Los participantes identifican los tipos de insulina, dosis y vía de administración.
PSICOMOTORES Y DE HABILIDAD: Manejar la técnica correcta de la inyección de la insulina	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de inyección subcutánea de la insulina 	Demostración y Redemostración: Manejo de la técnica de la administración de insulina en parejas	Jeringas, tuberculinas, suero fisiológico, algodón, alcohol. Guantes, caja sanitaria y equipo de lavado de manos.	20 min.	Enfermera	Los participantes, manejan en forma correcta la técnica de administración de la insulina.
VALORICOS Reconocer y apreciar los beneficios de la insulina el control de la DM.	Efectos de la insulina en el control metabólico.	Discusión en grupo: vivencias	Papelotes.	10 min	enfermera	Los participantes opinan bajo fundamento.

V UNIDAD: COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES MELLITUS.

HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

Al finalizar la unidad los participantes serán capaces de:

- Describir y explicar la hipoglicemia e hiperglicemia e identificar los síntomas, causas, consecuencias, y la forma de prevenir la hipoglicemia.
- Identificar los signos y síntomas más frecuentes y la forma de prevención de la hipoglicemia e hiperglicemia.
- Reconocer la gravedad de la hipoglicemia e hiperglicemia como complicaciones agudas de la diabetes mellitus.

PLAN EDUCATIVO V UNIDAD: COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES MELLITUS. HIPOGLICEMIA Y CETOACIDOSIS						
OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS	METODOLOGIA	MATERIALES	TIEMPO	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
COGNITIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Describir y explicar el concepto de hipoglicemia e Hiperglicemia. • Identificar los signos y síntomas más frecuentes, causas, consecuencias, tratamiento y prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> • La hipoglicemia • La hiperglicemia • Síntomas más frecuentes. • Causas, consecuencias. • Forma de prevención. 	<p>Exploración de ideas.</p> <p>Expositivo-ilustrativo</p>	<p>Pizarra, plumones, Equipo multimedia.</p>	<p>5 min.</p> <p>15 min.</p>	<p>Enfermera</p>	<p>. Los participantes identifican los signos y síntomas más frecuentes de las complicaciones.</p> <p>. Enumeran causas,</p> <p>. Enumeran consecuencias</p> <p>. Señalan las formas de prevención ambas complicaciones..</p>
PSICOMOTORES O DE HABILIDAD. <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar en forma correcta y oportuna las medidas de prevención ante los primeros signos de alarma ante la hipoglicemia e hiperglicemia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos inmediatos ante un cuadro de hipoglicemia e hiperglicemia: pasos a seguir. 	<p>Dramatización de casos de hipoglicemia y cetoacidosis.</p> <p>-presentación de Juego de roles</p>	<p>Papelotes, cartillas.</p>	<p>10 min.</p>	<p>Enfermera</p>	<p>Critica y autocrítica constructiva frente a la dramatización.</p> <p>- Coevaluación.</p> <p>- Autoevaluación</p> <p>- Heteroevaluación.</p>
VALORICOS <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la gravedad de la hipoglicemia e hiperglicemia. 	<p>Riesgo de las complicaciones agudas</p>	<p>. Foto-palabra.</p> <p>. Intercambio de experiencias.</p> <p>. Retroalimentación</p>	<p>Láminas de fotografías.</p>	<p>10 min.</p>	<p>Enfermera</p>	<p>Los participantes reconocen la gravedad de las complicaciones y las formas de prevenirlas.</p>

VI UNIDAD: COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES MELLITUS.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar el desarrollo de la unidad los participantes estarán en la capacidad de:

- Identificar y describir las complicaciones crónicas de la diabetes.
- Aplicar las medidas de autocuidado que prevenga el riesgo de presentar complicaciones graves irreversibles a mediano y largo plazo.
- Reconocer la importancia de la prevención de complicaciones crónicas.

PLAN EDUCATIVO VI UNIDAD: COMPLICACIONES CRONICAS DE LA DIABETES MELLITUS.						
OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS	METODOLOGIA	MATERIALES	TIEMPO	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
COGNITIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Identificar y describir las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. 	<ul style="list-style-type: none"> Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Causas y consecuencias. Importancia de los exámenes de rutina como medidas de prevención y control de las complicaciones crónicas de la DM. Trastornos de la circulación producida por daño de grandes vasos: trombosis- amputación, pie diabético. Nefropatía, neuropatía, infarto de miocardio (IMC); enfermedad vascular cerebral (EVC). Relación de las complicaciones crónicas con hiperglicemia – hipertensión arterial. hiperlipidemias y niveles altos de Colesterol. 	- Lluvia de ideas. Exposición de examen de sensibilidad a nivel de extremidades inferiores (piernas y pies)	Equipo multimedia. Fotografías.	2 min. 20 min	Enfermera Médico.	Los participantes identifican y describen las complicaciones presentadas.
PSICOMOTORES O DE HABILIDAD: Desarrollar el autocuidado en la prevención de Complicaciones crónicas.	Importancia de los exámenes a solicitar al equipo de salud: Los exámenes de laboratorio El examen neurológico El examen oftalmológico y odontológico.	Demostración de examen neurológico, oftalmológico.	Equipo multimedia. Fotografías.	10 min.	Enfermera	Los participantes son capaces de opinar y formular conclusiones
VALORICOS O DE AFECTIVIDAD. -Reconocer la importancia del autocuidado, utilidad de la cartilla de citas de Control y exámenes de rutina en la práctica	- importancia del autocuidado en pacientes con diabetes.	Exhibición de cartilla de citas y exámenes realizados Intercambio de experiencias. (evidencias	- Cartillas informativas - Cartillas de citas.	5 min.	Enfermera	Auto-recomendaciones. Retroalimentación.

VII UNIDAD: PLAN DE ALIMENTACIÓN EN PERSONAS DIABÉTICAS

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar el desarrollo de la Unidad los participantes estarán en la capacidad de:

- Identificar los diferentes grupos de alimentos y su importancia en la nutrición.
- Realizar la demostración y redemonstración de dietas ejemplares, utilizando los recursos disponibles en su medio.
- Reconocer la necesidad de alimentarse de acuerdo a los requerimientos corporales y horarios de comida.

PLAN EDUCATIVO VII UNIDAD: PLAN DE ALIMENTACIÓN EN PERSONAS DIABÉTICAS						
OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS	METODOLOGIA	MATERIALES	TIEMPO	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
COGNITIVOS <ul style="list-style-type: none"> Identificar los diferentes grupos de alimentos y su importancia en la nutrición. 	<ul style="list-style-type: none"> Los Alimentos y la nutrición en personas con diabetes; clasificación según la pirámide nutricional. Calidad, cantidad y frecuencia de alimentos en la dieta de personas con diabetes. Variedad de alimentos y dietas alternativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Lluvia de ideas Exposición. 	<ul style="list-style-type: none"> Recortes de cartulina. Cinta de pegar Plumones. Diapositivas Equipo multimedia. 	2 min. 15 min.	Enfermera-nutricionista.	Distinguen los diferentes grupos de alimentos.
PSICOMOTORES O DE HABILIDAD <ul style="list-style-type: none"> Realizar la demostración y redemonstración de un plato dietético. 	<ul style="list-style-type: none"> haciendo uso de los recursos alimenticios, elaborar un plato dietético. 	<ul style="list-style-type: none"> Demostración y Redemonstración en pequeños grupos para la elaboración de un plato dietético. Exhibición 	Alimentos, utensilios, recipientes de medida. Utensilios de cocina. Equipo de lavado de manos.	30 min.	Enfermera-nutricionista	Aplican los conocimientos y logran elaborar un plato dietético ejemplar.
VALORICOS <ul style="list-style-type: none"> Valorar y reconocer la importancia de la alimentación saludable. 	Constitución de una dieta saludable.	Rol Playing. (Cada participante tomará el nombre de un alimento y describe sus propiedades.	Plato elaborado con alimentos nutritivos y saludables.	10 min.	Enfermera-Nutricionista	- Describen la importancia de los alimentos en la nutrición de personas con diabetes Retroalimentación

VIII UNIDAD: ACTIVIDAD FÍSICA

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

Al finalizar el desarrollo de la Unidad los participantes estarán en la capacidad de:

- Describir la actividad física e identificar sus beneficios.
- Ejecutar actividad física en forma regular atendiendo las limitaciones o contraindicaciones según su estado de salud y tolerancia.
- Reconocer la importancia de la actividad física en personas con diabetes.

PLAN EDUCATIVO VIII UNIDAD: ACTIVIDAD FÍSICA Y LA DIABETES MELLITUS

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	MATERIALES	TIEMPO	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
COGNITIVOS <ul style="list-style-type: none"> Definir la actividad física e identificar sus beneficios como factor preventivo y terapéutico en personas con diabetes. 	Definición de actividad física. Beneficios. Listado de ejercicios físicos. Duración y frecuencia.	<ul style="list-style-type: none"> Problematización en grupos Expositiva aplicada 	Equipo multimedia Cuaderno Lapiceros Estetoscopio Reloj con segundero calculadora	2 min 10 min.	Enfermera	Los participantes definen y discuten los beneficios de la actividad física.
PSICOMOTORES O DE HABILIDAD Ejecutar actividades físicas expuestas.	<ul style="list-style-type: none"> Tipos de ejercicios físicos y evaluación del efecto en la actividad cardiaca 	<ul style="list-style-type: none"> Taller de dinámica grupal. 	Estetoscopio Reloj con segundero calculadora	30 min.	Enfermera	Ejercen con fundamento la actividad física
VALORICOS Reconocen la importancia de la actividad física como beneficio para su salud	Explicar los riesgos del sedentarismo.	Taller grupal y exposición de tareas.	Papelotes	10 min	Enfermera	Incorporan la actividad física como parte de su actividad cotidiana

IX UNIDAD: CUIDADO DE LOS PIES

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

Al finalizar el desarrollo de la Unidad los participantes estarán en la capacidad de:

- Identificar las características normales de los pies y extremidades y señalan las alteraciones como signo de peligro en forma oportuna.
- Realizar en forma correcta el examen de los pies y extremidades y los cuidados respectivos como medida de prevención.
- Valorar la importancia del autocuidado en la prevención de infecciones sobre agregadas.

PLAN EDUCATIVO IX UNIDAD: CUIDADO DE LOS PIES

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	MATERIALES	TIEMPO	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
COGNITIVOS Identificar oportunamente las alteraciones de los pies y extremidades. en relación al pie diabético Cuidados y medidas de prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Características normales de los pies. • Señales de peligro: neuropatía, síntomas, signos y causas. • Complicaciones del pie diabético. • Cuidados de los pies como medida de prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas • Discusión grupal Exposición	Equipo multimedia Diapositivas (laminas, fotos de casos)	2 min 15 min.	Enfermera	Identifican las alteraciones a nivel de los pies y extremidades
PSICOMOTORES O DE HABILIDAD Ejecuta la forma correcta de los cuidados de los pies. Identificar los factores de riesgo en los pies	Examen de los pies mediante la observación El ejercicio de los pies Mantenimiento de la higiene Recorte de uñas Uso de calzado y prendas.	Demostración Taller de redemonstración. Taller de dinámica de ejercicios con los pies.	Papelotes, plumones espejos, toallas, jabón, Lavatorios, tijeras, limas, vaselina, Revistas y periódicos de reciclaje	30 min.	Enfermera	Realizan el cuidado de los pies en forma individual. Identifican los factores de riesgo que amenazan la integridad de los pies.
VALORICOS Reconocer la importancia del cuidado y conservación de los pies sanos como medida de prevención de complicaciones.	Cómo prevenir los riesgos de pie diabético.	Intercambio de experiencias Retroalimentación	Fotos	5 min.	Enfermera	Los participantes reconocen la importancia de la práctica del cuidado de los pies en la prevención de complicaciones.

X UNIDAD: EL ESTRÉS Y LA DIABETES

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

Al finalizar el desarrollo de la Unidad los participantes estarán en la capacidad de:

- Identificar el síndrome de estrés y sus efectos sobre el control de la diabetes
- Identificar y aplicar las medidas preventivas que reducen el estrés
- Valorar la importancia de los espacios de recreación y ocio como medida de prevención.

PLAN EDUCATIVO X UNIDAD: : EL ESTRÉS Y LA DIABETES

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	MATERIALES	TIEMPO	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
COGNITIVOS Identificar el síndrome de estrés y sus efectos sobre el control metabólico de la diabetes Identificar las medidas preventivas que reducen el estrés	<ul style="list-style-type: none"> El estrés Causas y consecuencias del estrés. Medidas preventivas: <ul style="list-style-type: none"> la recreación y el ocio, técnicas de afrontamiento del estrés. Técnicas de relajación: meditación, masaje, dansoterapia musicoterapia, risoterapia, aromaterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> Problematización Lluvia de ideas Exposición 	Equipo multimedia. Diapositivas Folletos	5 min. 20 min.	Enfermera profesional de psicología participantes	Presentan listado de situaciones que producen estrés.
PSICOMOTORES O DE HABILIDAD <ul style="list-style-type: none"> Realizar técnicas de relajación y manejo del estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar actividades de relajación: 	<ul style="list-style-type: none"> Taller aplicativo – dinámica grupal 	Material lúdico, grabadora, USB, mantas	40 min.	Enfermera profesional de psicología	Los participantes aplican las técnicas de relajación.
VALORICOS - Reconocer los beneficios de las técnicas de relajación - Valorar su importancia terapéutica de los espacios de recreación y ocio en la prevención del estrés.	<ul style="list-style-type: none"> Repercusión del estrés sobre la diabetes mellitus. 	Dinámica grupal	papelotes	2 min	Enfermera profesional de psicología participantes	Comentan los beneficios de la recreación en el manejo del estrés grupal e las experiencias.

ANEXO 12

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN EDUCATIVO

[illegible]

Anexo 13

Fotografías de ejecución del plan educativo:

Foto1: Sesión de aprendizaje
Manejo del tratamiento correcto,
construcción del semanario.



Foto 2: Grupo de
Pacientes
participantes del
PE.

Foto 3:
Sesión educativa sobre el
Manejo del estrés.



El cuidado de los pies

Fotos 4

Sesión de redemostración
Cómo realizar el
lavado de los pies.



Foto 5:
Secado de los pies

Foto 6

Cómo realizar el examen de
los pies haciendo uso del espejo.

