

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL  
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**TITULO:**

**“PROGRAMA EDUCATIVO “APOYO DE LA FAMILIA” Y SU  
INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE  
DIABÉTICO. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO.  
2019”**

**TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**

**QUISPE CARBAJAL, Odín  
ROJAS PACHECO, Flor Nila**

**AYACUCHO- PERU**

**2019**

Este trabajo de investigación dedico a mis padres con quien luche día a día para lograr mis sueños, objetivos, mi profesión.

Este trabajo de investigación dedico a mi familia por el apoyo incondicional y a Dios por iluminar mi camino y llegar a cumplir cada objetivo que me he trazado.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por guiar nuestro camino y no dejar que nos demos por vencido ante las adversidades.

A nuestra familia por el apoyo constante e incondicional para culminar nuestros estudios.

A nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, base para nuestra formación y realización personal y permitirnos la oportunidad de emprender nuestra carrera profesional.

A la Escuela Profesional de Enfermería y su plana docente, por la dedicación, entrega de conocimientos y experiencias, promoviendo la formación de Profesionales de Enfermería con cualidades éticas y humanistas, durante la formación profesional.

A nuestro asesor, Dra. Iris Jara Huayta por su colaboración y apoyo durante la elaboración del presente trabajo de investigación.

Al Director del CLAS San Juan Bautista, por dar las condiciones necesarias para recabar la información.

A todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a mejorar y enriquecer el contenido del presente estudio.

**“PROGRAMA EDUCATIVO “APOYO DE LA FAMILIA” Y SU INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO, 2019”**

QUISPE CARBAJAL, Odín y ROJAS PACHECO, Flor Nila

**RESUMEN**

**El objetivo del estudio fue:** Determinar la influencia del programa educativo sobre “apoyo de la familia” en la práctica de autocuidado del paciente diabético en el Centro de salud San Juan Bautista, Ayacucho 2019. **Material y métodos:** Diseño cuasi experimental, de corte longitudinal; la población fue 30 pacientes con diagnóstico de diabetes y 30 familiares, constituyendo en cada uno de ellos una población de intervención (15) y una población de control (15); la técnica de recolección de datos, fue la entrevista. **Resultados:** Antes de la aplicación del Programa, el 93% de los diabéticos poseen un nivel de autocuidado deficiente; después en la población intervenida, el 80% poseen un nivel de autocuidado regular, mientras en el control permanece deficiente. Antes de la aplicación, el 93% de los familiares, en la población intervenida, realizan el apoyo informacional en forma inadecuado, mientras en el control, el 80%; después de la aplicación, en la población intervenida el 86.7%, realizan el apoyo informacional de manera adecuada; mientras en el control el 33.3%. Antes de la aplicación del Programa, el 73.3% de los familiares, en la población intervenida, realizan el apoyo instrumental de manera inadecuado, mientras en el control, el 46.7%. Después, en la población intervenida el 60% de los familiares, realizan el apoyo instrumental de manera adecuada; mientras en el control el 53.3%. **Conclusión:** El Programa Educativo, impacta en la mejora de las prácticas de autocuidado del paciente diabético (Wilcoxon Z: 4.521,  $P < 0.01$ ), asimismo en la mejora del apoyo informacional e instrumental por parte de los familiares ( $P < 0.01$ ). **Palabra clave:** Programa Educativo Apoyo Familiar y práctica de autocuidado del paciente diabético.

**“EDUCATIONAL PROGRAM“ FAMILY SUPPORT ”AND ITS INFLUENCE IN THE  
DIABETIC PATIENT'S SELF-GUIDED PRACTICE. HEALTH CENTER SAN JUAN  
BAUTISTA, AYACUCHO, 2019 “**

**QUISPE CARBAJAL, Odín and ROJAS PACHECO, Flor Nila**

**ABSTRAC**

The objective of the study was: To determine the influence of the educational program on “family support” in the practice of self-care of the diabetic patient at the San Juan Bautista Health Center, Ayacucho 2019. Material and methods: Quasi-experimental design, of longitudinal cut ; the population was 30 patients diagnosed with diabetes and 30 relatives, constituting in each of them an intervention population (15) and a control population (15); The data collection technique was the interview. Results: Before the application of the Program, 93% of diabetics have a poor level of self-care; afterwards in the intervention population, 80% have a level of regular self-care, while in the control it remains deficient. Before the application, 93% of the family members, in the intervened population, perform informational support in an inappropriate manner, while in the control, 80%; after the application, in the population under intervention 86.7%, carry out the informational support in an appropriate way; while in control 33.3%. Prior to the application of the Program, 73.3% of the family members, in the intervened population, perform inadequate instrumental support, while in the control, 46.7%. Then, in the population involved 60% of family members, perform the appropriate wooden instrumental support; while in control 53.3%. Conclusion: The Educational Program influences the improvement of self-care practices of the diabetic patient (Wilcoxon Z: 4.521, P <0.01), as well as the improvement of informational and instrumental support by family members (P <0.01).

Keyword: Family Support Educational Program and self-care practice for diabetic patients.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRAC	v
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	07
1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	07
1.2. BASE TEÓRICA	14
1.3. VARIABLES DE ESTUDIO	36
CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	39
2.1. ENFOQUE DE ESTUDIO	39
2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	39
2.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40
2.4. AREA DE ESTUDIO	40
2.5. POBLACIÓN	41
2.6. MUESTRA	41
2.7. TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
2.8. RECOLECCIÓN DE DATOS	42
2.9. PROCESAMIENTO DE DATOS	43
CAPITULO III: RESULTADOS	44
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES	57

RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	59
ANEXOS	65

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), el número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014, la prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014, la prevalencia de esta ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos. Se estima que en 2015 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes. Otros 2,2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia en 2012, aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.<sup>1</sup>

Según la Guía de la Asociación Latinoamericana de Diabetes de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (ALAD: 2019), en Latinoamérica, advierte un aumento del 14% de la incidencia de la diabetes en los próximos 10 años. Existe alrededor de 15 millones de personas con DM en Latinoamérica y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado. Existen varios factores entre los cuales se destacan la raza, el cambio en los hábitos de vida y el envejecimiento de la población.<sup>2</sup>



De acuerdo con American Diabetes Association, en el 2015, 30.3 millones de estadounidenses, o el 9.4% de la población, tenía diabetes, aproximadamente 1.25 millones de niños y adultos estadounidenses tienen diabetes tipo I, sin diagnosticar: De los 30.3 millones, 23.1 millones fueron diagnosticados y 7.2 millones no fueron diagnosticados<sup>3</sup>. Mientras en México de acuerdo a las Estadísticas sobre diabetes de la INEGI, al 2011, la incidencia de diabetes se incrementa con la edad, la población de 60 a 64 años presenta la más alta (1 788 por cada 100 mil habitantes del mismo grupo de edad.<sup>4</sup>

Según Revilla L. (2013), la prevalencia de diabetes en las Américas varía entre 10 y 15%, en el Perú esta se estima en 5,5%. La magnitud de la misma está en aumento, debido al incremento de factores como la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo y los hábitos inadecuados de alimentación<sup>5</sup>. De acuerdo con el boletín epidemiológico se estima que en nuestro país al menos 1 300 000 personas presentan esta enfermedad y que ocasiona 5500 defunciones cada año lo que significa que fallecen 19 personas con diabetes por cada 100 000 peruanos. Los departamentos con mayor tasa de mortalidad por diabetes son los de la costa norte y de la región amazónica (Tumbes, Madre de Dios, San Martín, Loreto y Piura).<sup>6</sup>

Llama la atención del incremento de los casos de diabetes a nivel global y regional, pero en nuestro país el problema se agrava por la falta de acceso de los usuarios, diagnóstico tardío y cuidado indebido de los casos de diabetes, es así en el artículo de Soler.Y; Pérez.E; López.M; Quezada.D, se estableció que el 45% de la población abordada, tiene bajo nivel de conocimientos sobre la diabetes. El autocuidado de la diabetes tipo 2, es indebido en un 90, 91 %<sup>10</sup>.

En la Región de Ayacucho, hasta diciembre del 2016, los establecimientos de salud, registraron 346 casos de diabetes mellitus a través del sistema de vigilancia.

Los Hospitales que registraron mayores casos de diabetes fueron Hospital Regional de Ayacucho 64.7%, seguido del Hospital de Apoyo San Francisco con 18.2%, Hospital de Apoyo Huanta con 14.7% y Hospital de Apoyo de Puquio con 2.3%, así mismo, entre los que no notificaron casos se encuentran los Hospitales de San Miguel, Coracora, Cangallo y Hospital de Jesús Nazareno.<sup>6</sup>

Un aspecto fundamental del manejo de la diabetes como de cualquier enfermedad, es la participación de la familia; según Cifuentes J, Yefi N. (2005), la familia es un grupo social fundamental para el hombre, es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto, la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana<sup>7</sup>.

De acuerdo con Valadez I, Aldrete M, Alfaro N (1993), las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo<sup>8</sup>. Hernández J; Brenda Rodríguez B. y Sierra A; señala que la familia, es vital para el tratamiento de una enfermedad, ellos suelen realizar adaptaciones sustanciales ante la condición de los familiares afectados, su apoyo es fundamental en la recuperación y en el control<sup>9</sup>.

La aparición de la diabetes enfrenta al sistema familiar a una situación nueva e inesperada, implica la carga emocional de una enfermedad que no se “cura”, que requiere ser tratada por el resto de la vida, que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios a los hábitos de vida, en el sentido dietético y del ejercicio físico, ello

implica la participación activa de la familia, y el compromiso real de la persona afectado, así evitar las complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, etc.), originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema<sup>9</sup>.

De acuerdo con Deza A. (2015), la implementación de programa educativo, de tipo participativo en el manejo de la diabéticos tipo II, es eficaz desde el punto de vista del aumento de los conocimientos sobre la enfermedad y en la mejora de las prácticas de autocuidado<sup>15</sup>. En este contexto el motivo del estudio se debe a la alta incidencia de los pacientes con poca adherencia al tratamiento farmacológico e indicaciones médicas tales como falta de actividad física, incumplimiento de la dieta indicada, poca participación de la familia en el cuidado del paciente, descuido personal, falta de interés por su enfermedad y concurrencia irregular a los consultorios para su control.

Durante nuestras experiencias pre profesionales, hemos observado el gran impacto que está generando esta enfermedad en la actualidad; muchos de los pacientes con diabetes se encuentran en abandono por parte de sus familiares, estas no participan en el cuidado y en el tratamiento, que al no controlarse conlleva a muchas complicaciones, por ello surge la necesidad de abordar este problema de manera que la familia sea consciente, conozca y participe en todo el proceso de esta patología, de esta manera mejorar el estado psicológico, físico, emocional y su calidad de vida.

Por lo tanto se implementó un programa educativo sobre “apoyo de la familia”, a partir de ello evaluar su influencia en la práctica de autocuidado del paciente diabético, en el Centro de salud San Juan Bautista, Ayacucho; para el efecto se utilizó un diseño cuasi experimental, donde se hizo uso de instrumentos, para evaluar en la

familia el apoyo efectivo y en el paciente las prácticas de autocuidado, antes y después de aplicar el programa educativo; la finalidad, fue plantear nuevas herramientas que integren a la familia como parte del tratamiento y evitar complicaciones propias de esta enfermedad, de esta manera mejorando la calidad de vida de los pacientes con diabetes..

En consideración a los antecedentes de estudio se plantea el problema de investigación: ¿Cómo influye el programa educativo “apoyo de la familia” en la práctica de autocuidado del paciente diabético en el Centro de salud San Juan Bautista, Ayacucho 2019?

El objetivo general del estudio es: Determinar la influencia del programa educativo sobre “apoyo de la familia” en la práctica de autocuidado del paciente diabético en el Centro de salud San Juan Bautista, Ayacucho 2019. Los objetivos específicos fueron:

- a. Evaluar la práctica de autocuidado del paciente diabético antes y después de la aplicación del programa “apoyo de la familia”, en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho 2019.
- b. Evaluar el apoyo informacional al paciente diabético, por parte del familiar antes y después de aplicar el Programa Educativo sobre “Apoyo de la Familia”, en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho 2019.
- c. Evaluar el apoyo instrumental al paciente diabético, por parte del familiar antes y después de aplicar el Programa Educativo sobre “Apoyo de la Familia”, en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho 2019.

Finalidad del estudio, es contrastar la influencia de un programa educativo, con la participación activa de la familia, en la práctica de autocuidado del paciente diabético, a partir de ello generar iniciativas, a fin de que el sector, promueva la

implementación de programas participativos, con plena participación de las familias, de esta manera mejorar las condiciones de salud de los pacientes con diabetes.

La hipótesis de investigación fue (Hi): El Programa Educativo “Apoyo de la Familia”, influye en la práctica de autocuidado del paciente diabético en el Centro de salud San Juan Bautista, Ayacucho 2019. Mientras la hipótesis nula fue (Ho): El Programa Educativo Apoyo de la Familia, no influye en la práctica de autocuidado del paciente diabético en el Centro de salud San Juan Bautista, Ayacucho 2019.zzz

La metodología de estudio, corresponde a un diseño cuasi experimental, de corte longitudinal; la población fue 30 pacientes con diagnóstico de diabetes y 30 familiares, constituyendo en cada uno de ellos una población de intervención (15) y una población de control (15); la técnica de recolección de datos, fue la entrevista. Los resultados del estudio fueron: Antes de la aplicación del Programa Educativo, el 93% de los pacientes diabéticos poseen un nivel de autocuidado deficiente; después en la población intervenida el 80% poseen un nivel de autocuidado regular, mientras en la población control permanece deficiente. Antes de la aplicación del Programa, el 93% de los familiares, en la población intervenida, realizan el apoyo informacional en forma inadecuado, mientras en la población de control, el 80%; después de la aplicación, en la población intervenida el 86.7%, realizan el apoyo informacional de manera adecuada; mientras en el control solo el 33.3%. Antes de la aplicación del Programa, el 73.3% de los familiares, en la población intervenida, realizan el apoyo instrumental de manera inadecuado, mientras en el control, el 46.7%. Después de la aplicación del Programa, en la población intervenida el 60% de los familiares, realizan el apoyo instrumental de manera adecuada; mientras en el control el 53.3%.

El contenido de la presente es: Introducción, Capítulo I: Marco Teórico, Capítulo II: Materiales y Métodos, Capítulo III: Resultados, Capítulo IV: Discusión, conclusiones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO**

##### **1.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

Según Del Pezo E. (2013) en su tesis titulada "Participación familiar en el autocuidado del paciente diabético centro de salud Santa Elena" Ecuador, cuyo objetivo fue promover la participación familiar en el autocuidado del paciente diabético, para prevenir complicaciones, mediante la implementación de talleres sobre la consejería en la prevención y control de la diabetes, con la finalidad de prorrogar la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida, dirigida al paciente diabético y a la familia que acude al Centro de Salud De Santa Elena", de la Ciudad de Santa Elena. La técnica que se utilizó como estrategia las visitas domiciliarias para un mejor acercamiento, encuesta al familiar y al paciente diabético para determinar lo conocimientos que tienen acerca del cuidado integral. Los resultados obtenidos de la investigación indican que los familiares del diabético tienen un déficit de conocimientos acerca de esta patología y cuidados integrales: el 41,43% de los familiares son los que desconocen acerca de este síndrome, y en cuanto a los pacientes el 45,71% en relación a su higiene mencionaron que lavan

sus pies tres veces por semana, en un 50% los clientes diabéticos manifestaron en relación a su alimentación ingerían dieta general, en un 57,15% en cuanto al ejercicio realizan caminata. Llegando a La conclusión que tanto los pacientes y los familiares mantienen un déficit de conocimiento acerca de la enfermedad y de cuál es el rol dentro del hogar.<sup>11</sup>

### **1.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.**

Según Boza D. (2015) en su tesis titulada “Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimientos sobre prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en niños del nivel primario de una institución educativa de Lima”, cuyo objetivo fue determinar la efectividad de un programa educativo sobre el nivel de conocimientos de la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en niños del nivel primario de la Institución Educativa Newton, San Martín de Porres, Lima, 2015. Estudio de tipo aplicada, diseño pre-experimental. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario para determinar el nivel de conocimiento de la prevención de la diabetes mellitus tipo 2. Se aplicó el programa educativo sobre la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 para comprobar su efectividad. Resultados: antes del programa educativo, el nivel de conocimiento de la prevención de la diabetes presentaba un nivel bajo en un 19,47%, el nivel medio en 66,37% y el nivel alto en 14,16%. Después del programa educativo, el nivel de conocimientos de la prevención de la diabetes presentó un nivel bajo en un 6,19%, el nivel medio en 23,01% y el nivel alto en un 70,80%. La conclusión a la cual llegaron fue: El programa educativo sobre el nivel de conocimientos de la prevención la diabetes mellitus tipo 2 en niños del nivel primario de la Institución Educativa Newton si es efectiva, donde antes de la aplicación del programa educativo, predominaba el conocimiento medio

seguido por el conocimiento bajo, y después de la aplicación del programa educativo predominaba el conocimiento alto seguido por el conocimiento medio.<sup>13</sup>

Sánchez N. (2015) en su tesis titulada “Apoyo familiar y autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo 2 en consultorios externos Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.” Cuyo objetivo fue conocer la relación del Apoyo Familiar y el Autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 atendido en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. Metodología: Estudio descriptivo, la población de estudio estuvo conformada por 80 pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Para la recolección de datos se utilizó el Test de Apoyo familiar y el Test de Nivel de autocuidado del adulto con Diabetes Tipo 2. Los resultados obtenidos fue que el 46,3% de los adultos presentaron un nivel de autocuidado bueno, 43.8% regular y el 9.9% deficiente. Se obtuvo que el 55.0% de los adultos presentaron un alto apoyo familiar, 37.50% regular y el 7.50% bajo. Llegando a la conclusión de que si existe una relación significativa entre el apoyo familiar y el autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus Tipo 2.<sup>14</sup>

Según Deza A. (2015) en su tesis “efectividad del programa educativo para mejorar nivel de conocimientos de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo II del Hospital I Florencia de Mora Trujillo” cuyo objetivo fue demostrar que la aplicación de un programa educativo mejora el nivel de conocimientos en Diabetes Mellitus tipo II de los pacientes diabéticos del Hospital I Florencia de Mora –Trujillo, 2015. Se utilizó el diseño cuasi experimental de un grupo, con observaciones antes y después de aplicado el estímulo. Los resultados mostraron que el nivel de conocimientos antes de la aplicación del programa es deficiente en un 100 %, y luego del diseño y



aplicación del programa permitió desarrollar el nivel regular 34.3% y bueno 65.7%, en el post test. Llegando a la conclusión que el programa educativo participativo, si mejora significativamente el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos tipo II del consultorio N° 18 pertenecientes al Hospital I Florencia de Mora, de la Ciudad de Trujillo.<sup>15</sup>

En la tesis de Gonzales W. (2015) titulado "Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2, Hospital Militar Central, Lima, noviembre 2014-enero 2015", cuyo objetivo fue evaluar si el conocimiento sobre Diabetes Mellitus (DM) y la funcionalidad familiar están asociados a la Adherencia Terapéutica en adultos con DM tipo 2. Metodología: fue un estudio prospectivo de corte transversal. Intervenciones: Según los criterios de selección: 50 casos y 50 controles. Se obtuvo como resultado que el conocimiento sobre DM tipo2 fue no aceptable (69%) y más del 50% obtuvieron una buena función familiar. Variables asociadas a la mala adherencia del tratamiento diabético fueron: disfunción familiar y conocimiento no aceptable sobre DM tipo2. La conclusión fue que la mala adherencia al tratamiento está influenciada por la disfunción familiar y el pobre conocimiento sobre la diabetes.<sup>17</sup>

Arias P. y Ramírez S. (2013) en la tesis titulado "Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, distrito de Pachacámac" cuyo objetivo fue determinar la relación del apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac – 2013. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional en una población muestral de 48 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y 48 familiares cuidadores. Muestreo no probabilístico por conveniencia bajo los criterios

de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó dos instrumentos, la técnica será para ambos fue la encuesta. Obteniendo como resultado que de los 48 familiares cuidadores 45,8% tienen más de 60 años de edad, 70,8% sexo femenino siendo la hija la que prevalece en el cuidado. El apoyo familiar es adecuado en el 64,6%. Según dimensiones predominó el apoyo instrumental con 66,7%. Las prácticas de autocuidado son regulares en 52,1%. Según dimensiones resultaron regulares en control médico, dieta, ejercicios, cuidado de los pies y control oftalmológico. Conclusiones: El apoyo familiar resultó adecuado con ventaja en el apoyo instrumental. En cuanto a las prácticas de autocuidado resultaron regulares y según dimensiones regulares en el control médico, cuidado de los pies, dieta, ejercicios y control oftalmológico. Estas variables no se encuentran relacionadas, son independientes entre sí.<sup>16</sup>

De acuerdo con Gamboa C. (2013) en su tesis titulada "Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad vida en el programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo" cuyo objetivo fue determinar la percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de vida en el programa de diabetes. Metodología: El enfoque del estudio es cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo constituida por 83 pacientes. Los resultados con respecto a la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida en el Programa de Diabetes del HNDM, de un 100% el 59% presentan una percepción medianamente favorable, el 22% una percepción favorable y el 19% percepción desfavorable. En su Dimensión Física, 70% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 16% favorable y 12% desfavorable. En su Dimensión Psicológica, 68% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 12% favorable y 20% desfavorable. Llegando a la conclusión que la mayoría de pacientes con Diabetes

Mellitus tipo II presentan una percepción medianamente favorable sobre su Calidad de vida en las diferentes dimensiones, lo que indica que aspectos como el insomnio, la depresión, el déficit de memoria y situación económica inestable afectan la percepción del individuo sobre su propia calidad de vida haciendo que este a futuro deje de considerarla buena.<sup>18</sup>

Según Anaya A. en su tesis titulada (2012) "El autocuidado del diabético tipo 2 y la participación de su familia para controlar el incremento de las complicaciones en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores-Lima en el año 2012", cuyo objetivo fue establecer la relación existente entre el autocuidado del diabético tipo 2 y la participación de su familia y el incremento de las complicaciones en el Hospital María Auxiliadora, de San Juan de Miraflores, en el año 2012. Metodología: El estudio fue de tipo Aplicativo con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional de corte transversal y empleando una muestra de 71 pacientes y familias. Para la recolección de datos sobre el autocuidado del diabético tipo 2 se empleó una entrevista estructurada y el cuestionario para determinar la participación de la familia. Se evidencia como resultado que del 100% (71) de las familias investigadas que, la mayoría 43.7% presenta participación baja, 40.8% medio y 15.5% alto. Del 100% (71) de diabéticos tipo 2, la mayoría 60.6% tiene nivel medio de autocuidado, 21.1% alto y 18.3% bajo. Entre las conclusiones relevantes se encontró existe relación directa, alta y significativa entre el nivel de autocuidado, la participación de la familia y el incremento de las complicaciones.<sup>19</sup>

En la tesis de Hajar A. (2008) titulada "Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC", cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos que tienen los

pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar. Metodología: Se trata de un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 75 pacientes con sus respectivos familiares, que acudieron al consultorio externo de endocrinología durante el mes de diciembre del 2007 y enero del 2008. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Resultados: Hay una gran cantidad de pacientes y familiares que tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la enfermedad y sobre los cuidados en el hogar, y aproximadamente la quinta parte tienen un nivel de conocimiento alto. Llegando a la conclusión que la mayoría de Pacientes y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en la dimensión conocimientos sobre los cuidados en el hogar.<sup>20</sup>

### **1.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES.**

De acuerdo con Camasca I. (2014) en la tesis titulada “conocimientos y actitudes de los pacientes y familiares sobre la diabetes, Ayacucho 2014”, cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos y actitudes de los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad. El diseño de estudio, pertenece a un no experimental, descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fueron los pacientes diabéticos y familiares de la ciudad de Ayacucho. El tamaño muestral fue de 110 personas divididos en 55 diabéticos y otro tanto de familiares, el sistema de muestreo fue por conveniencia. La unidad de análisis fue el paciente diabético y un familiar. La técnica de recolección de datos, fue la entrevista y el instrumento de recolección de datos, el cuestionario estructurado con preguntas cerradas. Resultados: en el total de participantes que muestran un buen nivel de conocimientos sobre la diabetes fueron: 65.6% y 65,3% del sexo masculino y femenino respectivamente; 73.3% son personas mayores a 50 años; el 67.7% posee educación secundaria, 69.2% de los

pacientes no son fumadores. El 100% de los pacientes y familiares conceptualizan correctamente la diabetes, 48.6% de los familiares y 51.4% de los pacientes reconocen los verdaderos síntomas de la diabetes. El 50% de los familiares y pacientes respectivamente reconocen que se debe controlar el consumo de grasas y harina. 52.5% de los pacientes y 47.5% de los familiares consideran que caminar y bailar es buen ejercicio para controlar la diabetes, sin dejar de mencionar que 44.8% de pacientes y 55.2% de familiares consideraron que trotar y montar bicicleta son buenos ejercicios para la salud.<sup>53</sup>

## **1.2. BASE TEÓRICA.**

### **1.2.1 Programa educativo**

#### **a. Definición**

El programa educativo es un instrumento curricular donde se organizan las actividades de enseñanza-aprendizaje, que permiten orientar con respecto a los objetivos a lograr.<sup>23</sup>

#### **b. Etapas de un programa educativo:**

**b.1. Planificación:** responde una serie de preguntas, ¿en qué lo vamos a hacer, ¿cómo lo vamos a hacer, a quiénes lo vamos a hacer, donde? Es pensar en forma anticipada lo que nosotros queremos lograr como meta final.<sup>51</sup>

**b.2. Ejecución:** Definimos el cronograma de actividades. Asignado fechas y responsabilidad a las distintas personas.<sup>51</sup>

**b.3. Evaluación:** Está al final, pero se hace durante el proceso. Una 1° evaluación diagnóstica para saber de qué nivel partimos, luego una 2° evaluación formativa durante el proceso a través del intercambio de opinión con las personas que están

sujetas a la educación, finalmente una evaluación acumulativa para ver que el objetivo se haya cumplido o no.<sup>51</sup>

### **c. Programa educativo en salud**

Es un conjunto de actividades de información, comunicación y educación a desarrollar en un periodo de tiempo determinado en apoyo al programa de salud. Contribuye al cumplimiento de los objetivos de salud, al estimular cambios de conducta de las personas y/o comunidad donde está inserto el problema, frente a situaciones específicas que los afectan.<sup>51</sup> Existen algunos aspectos que se deben considerar como el entorno, para que sea el ideal para el aprendizaje. En las sesiones educativas, se requiere un lugar bien iluminado, con buena ventilación, mobiliario apropiado y con temperatura agradable; evitar las interrupciones, los ruidos persistentes, ya que distraen.<sup>22</sup>

Los programas educativos de salud, referidos a la atención domiciliaria son una estrategia de atención extrahospitalaria, en contacto con el primer nivel de atención de salud que permite brindar servicios de salud humanizados y oportunos a la población en su entorno natural y domicilio, representando una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y con un relativo menor costo comparado con la atención domiciliaria. Es válido señalar, que en dichos programas se incluyen actividades de todos los aspectos de servicios de salud, desde el fomento y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, la hospitalización en casa, con el uso domiciliario de equipos tradicionalmente hospitalarios y procedimientos de rehabilitación, entre otros.<sup>52</sup>

#### **d. Técnicas y métodos educativos**

Conjunto de procedimientos o recursos que se usan en una ciencia o en una actividad determinada, en especial cuando se adquieren por medio de su práctica y requieren habilidad. Los programas de educación deben contemplar educación individual y grupal, y ambos deben ser complementarios. <sup>49</sup>

##### **d.1) Educación individual.**

Es adecuada desde el inicio del diagnóstico, durante el control y seguimiento. Es un proceso dinámico, interactivo y de negociación, donde existe una variada entrega de conocimiento. Se protege la intimidad del paciente, ya que puede exponer más fácilmente su problemática. <sup>49</sup>

Dentro de las técnicas utilizadas en las sesiones educativas individuales, se mencionan: técnicas de expresión, abordan sobre todo el área afectiva de la persona; técnicas de análisis, enfocadas más que todo al área cognitiva; técnicas de información, aborda los conocimientos, técnicas de desarrollo de habilidades, fundamentalmente en el área psicomotora<sup>24</sup>

##### **d.2) Educación grupal**

Este tipo de sesiones educativas deben ser planteadas en grupos pequeños. Pueden estar incluidas las familias y/o redes de apoyo del paciente. Las ventajas de las actividades grupales residen en que se intercambian conocimientos y experiencias entre pacientes. No siempre se puede homologar el tipo de pacientes que asiste, pero el educador debe crear un clima de aceptación para que ellos puedan expresarse libremente.<sup>49</sup> Los pasos para elaboración del programa educativo son.

- Primer paso. Selección y análisis de un problema con la comunidad.

- Segundo paso. Definición de objetivos y estrategias de educación con la comunidad.
- Tercer paso. Selección de material apropiado para cumplir con el objetivo. Dentro de las cuales se mencionan dinámicas de interacción grupal que comprenden, juego de roles y teatro, títeres, charlas y discursos libres; demostraciones; técnicas visuales; técnicas auditivas y técnicas audiovisuales, que combinan la proyección de imágenes con 20 estímulos auditivos, en estas técnicas se incluyen el cine, la televisión, el proyector de diapositivas; una de las técnicas audiovisuales más utilizadas es el video<sup>25</sup>.
- Cuarto paso. Primeras versiones del material educativo, comprende los diversos bosquejos de las versiones del material educativo: videos y folletos.
- Quinto paso. Aplicación de pruebas para determinar la calidad del material educativo. <sup>26</sup>Consiste en recoger e incorporar en forma sistemática las opiniones y sugerencias de personas expertas, dando mayor credibilidad y validez a los materiales educativos<sup>27</sup>.
- Sexto paso. Elaboración del material final y su reproducción. Los elementos del diseño, cuando se clasifican y finalmente se disponen de manera creativa, ordenada y armoniosa, constituyen patrones para la producción de sistemas de enfermería dirigidos al logro de objetivos de enfermería.<sup>2</sup>

## **1.2.2 FAMILIA**

### **a) Definición**

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.<sup>46</sup>



La OMS define familia como "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial". Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como "conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan".<sup>47</sup>

## **b) Funciones de la familia**

Las funciones de la familia son:

- Cuidado o económica: la familia debe ser capaz de satisfacer las necesidades básicas y de salud de todos sus miembros, entiéndase estas necesidades como techo, alimento, vestido, atención médica, creando hábitos adecuados de higiene, que repercutirán a favor de su salud.<sup>48</sup>
- Socialización: la familia tiene la enorme responsabilidad de transformar a un niño en un ser capaz de participar y transformar la sociedad en que vive. Para ello el niño deberá aprender un lenguaje para comunicarse con sus semejantes, determinadas normas socio-culturales, tradiciones, costumbres, conocimientos.<sup>48</sup>
- Afecto: la familia deberá cubrir las necesidades afectivas de sus miembros porque la respuesta afectiva de un individuo a otro provee la recompensa básica de la vida familiar, está llamada a aportar el afecto que necesita cada uno de sus miembros, generando confianza, seguridad, apoyo y afecto que

necesita todo ser humano para su sano crecimiento y desenvolvimiento en sociedad<sup>48</sup>.

- Reproducción: la debe garantizar la perpetuidad de la especie, dotando a la sociedad de los nuevos miembros que esta necesita para su desarrollo<sup>48</sup>.

La función que juega la familia en la determinación de la salud constituye un tema que merita mayor atención, en el marco de un sistema de salud sustentado en la práctica de la medicina familiar. La salud de la familia es un tema insuficientemente trabajado, desde el punto de vista teórico en la literatura, pero, muy manejado empíricamente por los profesionales que se dedican a la atención de la salud y al bienestar familiar. Varios eventos y organizaciones internacionales como la OPS y la OMS, se han pronunciado por el fortalecimiento y la ayuda a la salud general y en particular a la bucal de la familia por más de una década, elemento que indica el reconocimiento de la influencia de este grupo social en la salud<sup>48</sup>.

### **c) Apoyo familiar**

El Apoyo Familiar consiste en las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco, donde la familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas: proporciona vivienda y dieta adecuada, enseña las bases de la higiene y cuidados de la salud y facilita el cuidado e uso de componentes cuando caen enfermos. De hecho, la mayoría de los problemas sanitarios son resueltos sin recurrir a los servicios médicos y una parte importante de las soluciones son aportadas dentro de la unidad familiar.<sup>16</sup>

El apoyo familiar se considera la base de las diferentes redes de apoyo social. La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Es por ello que con frecuencia las personas

pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y de este modo, la familia, se conforma como la unidad básica de relación en nuestra sociedad y como el tipo de organización humana más duradero y universal. <sup>29</sup>

*De acuerdo a Valadez: Existe evidencia de que el apoyo social de las familias hacia los pacientes juega un importante papel en el manejo de la enfermedad crónica. Una enfermedad crónica, grave y/o invalidante suele alterar a todo el sistema familiar y como señala Ansen, cuando uno de sus miembros deja de funcionar de forma normal, no solo se ven afectados todos los miembros, sino también el funcionamiento general de la dinámica familia.*<sup>30</sup>

#### **e) Tipos de apoyo familiar**

El apoyo social y familiar puede dividirse en diferentes tipos: emocional, informacional e instrumental.

- El apoyo emocional: Definido como sentimientos de ser amado y de pertenencia, intimidad, el poder confiar en alguien, y la disponibilidad de alguien con quien hablar.
- El apoyo informacional: Proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución, sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo. Según Valadez F. considera el apoyo informacional: los conocimientos de la familia relacionados con las medidas de control y las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.<sup>30</sup>

- El apoyo instrumental: Es la provisión real de servicios; es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita; (p. ej., acompañar al paciente al hospital, administrarle inyecciones de insulina). Se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien. Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas. <sup>30</sup>

Según Barreda y Ainlay, el apoyo instrumental es la dimensión de la ayuda tangible, donde se proporciona recursos económicos para la compra de medicamentos, alimentos o el sustituir a la persona en la realización de alguna actividad física; la de interacción íntima pudiera incluir demostraciones de afecto por contacto físico, mostrar interés en el bienestar y salud de la persona, estar disponible para escucharle cuando se siente agobiado por la enfermedad, entre otros<sup>31</sup>. Para Valadez F, el apoyo instrumental comprende las actitudes familiares hacia el enfermo y las medidas de control; señala como ejemplo la ayuda para entender las indicaciones médicas. Considera también que el apoyo informativo e instrumental pueden considerarse como apoyo emocional. <sup>30</sup>

### **1.2.3. AUTOCUIDADO**

#### **a) Definición**

Según Dorothea Orem "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". <sup>33</sup>

## **b) Teorías de autocuidado**

b.1. Teoría del déficit de auto cuidado: explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

b.2. Teoría de los sistemas de enfermería: en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suple al individuo.<sup>33</sup>
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona auto cuidado.<sup>33</sup>
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.<sup>33</sup>

Orem define el objetivo de la enfermería como:” ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”.

Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la

salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.<sup>33</sup>

Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse.<sup>33</sup>

Los métodos de asistencia de enfermería que Dorothea Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

La enfermera completa el déficit de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona. El rol de la enfermera, pues, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su auto cuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. <sup>33</sup>

#### **1.2.4. DIABETES**

##### **a) Definición de la diabetes**

Según la OMS (2014) es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. <sup>34</sup>

##### **b) Causas de la diabetes**

Hay tres grandes tipos de diabetes. Las causas y los factores de riesgo son diferentes para cada tipo:

- ✓ Diabetes tipo 1: puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en los niños, los adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de esta hormona. La causa exacta se desconoce. <sup>36</sup>
- ✓ Diabetes tipo 2: corresponde a la mayoría de los casos de diabetes. Generalmente se presenta en la edad adulta, aunque ahora se está diagnosticando en adolescentes y adultos jóvenes debido a las altas tasas de

obesidad. Muchas personas con este tipo de diabetes no saben que padecen esta enfermedad.<sup>36</sup>

- ✓ Diabetes gestacional: es el azúcar alto en la sangre que se presenta en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes. La diabetes afecta a más de 20 millones de estadounidenses y alrededor de 40 millones tiene prediabetes (diabetes tipo 2 temprana).<sup>36</sup>

### **c) Signos y síntomas**

Dependerá de la etapa en la que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico:

c.1) Asintomáticos: Son aquellas personas con DM-2 que no advierten los síntomas clásicos. Esta es una condición clínica frecuente, de duración variable (entre 4 a 13 años).<sup>36</sup>

c.2) Sintomáticos: Los síntomas clásicos son poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso; adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito<sup>36</sup>. Las manifestaciones clínicas pueden variar según las complicaciones que presenta la persona como adormecimientos, calambres, hormigueos (parestesias), dolor tipo quemazón o electricidad en miembros inferiores en caso de neuropatía diabética; dolor en pantorrilla (claudicación intermitente) en caso de enfermedad arterial periférica.<sup>36</sup>

Comorbilidades asociadas: infecciones del tracto urinario a repetición. También la persona puede llegar a desarrollar una crisis hiperglucémica cuyas manifestaciones clínicas pueden ser: deshidratación moderada a severa,



compromiso del sensorio, polípnea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración acidótica, tipo Kussmaul (rápida y profunda) <sup>36</sup>.

#### **d) Fisiopatología**

Diabetes mellitus tipo 2 Clásicamente se le ha atribuido a la insulinoresistencia hepática y muscular la principal responsabilidad en la etiopatogenia. El aumento de la síntesis hepática de la glucosa y la disminución de su captación por el músculo llevarían al aumento progresivo de los niveles de glucemia, lo que asociado a una secreción deficiente de insulina por la célula beta pancreática determinarían la aparición del cuadro clínico. En la actualidad se ha demostrado la participación de otros componentes en la progresión de la DM-2 como el tejido adiposo, el tejido gastrointestinal, la célula alfa del islote pancreático, el riñón y el cerebro.<sup>36</sup>

#### **e) Diagnóstico de la diabetes mellitus**

Para el diagnóstico de la diabetes mellitus debe realizarse una detallada historia clínica del paciente, con la finalidad de identificar factores de riesgo y estilos de vida inadecuados, así como la presencia de otras características como la hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad. <sup>37</sup>

Para el diagnóstico de la diabetes se utilizan los siguientes criterios:

- Glicemia en ayuna medida en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl en dos oportunidades. El periodo de ayuno debe ser de por lo menos 8 horas antes de realizar dicha prueba. El paciente puede ser asintomático. <sup>38</sup>

- Síntomas de diabetes más una glicemia casual medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl. Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida de peso<sup>38</sup>.
- Glicemia medida en plasma venoso mayor o igual a 200 mg/dl, a las 2 horas de una prueba de tolerancia a la glucosa (PTG), con 75 gr de glucosa anhidra por vía oral.<sup>38</sup>

Para el diagnóstico en la persona asintomática es esencial tener al menos un resultado adicional de glicemia igual o mayor a las cifras que se describen en los ítems anteriores. Si el nuevo resultado no logra confirmar la presencia de diabetes mellitus, es aconsejable hacer controles periódicos hasta que se aclare la situación.<sup>38</sup>

## **f) Complicaciones**

Las personas con diabetes mellitus pueden presentar diversas complicaciones, las cuales se asocian con una morbilidad y mortalidad prematura.<sup>38</sup>

### **f.1) Complicaciones agudas**

Hay dos tipos de complicaciones agudas que pueden presentarse en la persona con diabetes mellitus tipo 2:

**f.1.1. Hipoglucemia.** - Es la más frecuente del tratamiento de la diabetes. La hipoglucemia se define como una concentración de glucosa menor de 70 mg/dl, con o sin síntomas. Si es prolongada puede producir daño cerebral y hasta podría ser mortal. Algunas personas con diabetes pueden tener síntomas antes de alcanzar esta cifra debido a descensos rápidos y/o bruscos de la glucosa.<sup>38</sup>

El cuadro cínico: Los síntomas de hipoglucemia son inespecíficos y son de dos tipos: autonómicos y neuroglucopénicos. Los síntomas autonómicos incluyen: temblor, palpitaciones, ansiedad/excitación (mediada por catecolaminas) sudoración, hambre y parestesias.<sup>38</sup>

**f.1.2. Crisis hiperglucemia.** - Se definen como todos aquellos episodios que cursan con elevadas concentraciones plasmáticas de glucosa generalmente mayor de 250 mg/dl donde el grado de alteración metabólica es lo suficientemente severo como para justificar la hospitalización de emergencia, corrección inmediata con la hidratación e insulina con la finalidad de aumentar la probabilidad de una recuperación exitosa. El cuadro clínico se manifiesta en la forma siguiente: Los síntomas y signos incluyen: polidipsia, poliuria, polipnea, pérdida ponderal, intolerancia oral (náuseas, vómitos), debilidad, postración, trastornos del sensorio, deshidratación, coma, taquicardia, hipotensión.<sup>38</sup>

## **f.2) Complicaciones Crónicas**

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen el riesgo de desarrollar las mismas complicaciones crónicas degenerativas, que los pacientes con DM tipo 1, incluyendo retinopatía, nefropatía, lesiones en los pies, cataratas, neuropatías y enfermedad cardiovascular. Estas alteraciones patológicas conducen a alteraciones de la visión, incluso a la ceguera, disfunción e insuficiencia renal, diversos trastornos neurológicos que incluyen neuropatías sensoriales y motrices, hipotensión postural, disfunción eréctil, diarrea y gastroparesia. Las complicaciones crónicas microvasculares, como la nefropatía, retinopatía y neuropatía diabética, así como el pie diabético.<sup>36</sup>

## **g) Tratamiento de la diabetes.**

**g.1) Manejo no farmacológico.** Las personas con diagnóstico reciente de diabetes, asintomáticos, estables, sin complicaciones, y según criterio médico, deben iniciar solamente con cambios en los estilos de vida previos al inicio de terapia farmacológica por un lapso de 3 – 4 meses; luego de este periodo, si los niveles de glucemia han alcanzado los valores meta, continuará con cambios de estilos de vida y los controles se realizarán cada 3 a 6 meses. De lo contrario iniciará tratamiento farmacológico.<sup>36</sup>

El tratamiento no farmacológico de la DM comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables. La alimentación juega un papel de gran importancia en el control y en la prevención de la diabetes. Una alimentación adecuada, mantener el peso ideal y practicar habitualmente ejercicio físico resulta fundamental para prevenir o controlar el aumento del nivel de azúcar en la sangre. Es importante que la persona diabética acuda al médico o dietista para que le facilite una dieta adecuada para su persona.<sup>36</sup>

**g.2) Manejo farmacológico:** El tratamiento de la DM-2 en el primer nivel de atención se iniciará con medicamentos orales de primera línea considerados: metformina o glibenclamida. Si no existiera contraindicación, empezar con metformina<sup>36</sup>. Es el fármaco de primera elección como monoterapia para el tratamiento de la DM-2, por ser eficaz, por reducir el peso corporal y disminuir el riesgo cardiovascular. Su efecto principal es disminuir la producción hepática de glucosa. Asimismo, mejora la sensibilidad a la insulina en tejidos periféricos. Se cuenta con tabletas de 500 mg y 850 mg. Debe tomarse con o inmediatamente después de las comidas principales.<sup>36</sup>

### **1.2.5. PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO:**

La educación al paciente diabético tiene por objetivo brindar conocimientos y destrezas que permiten al paciente diabético participar en su autocuidado colaborando de esa manera permanentemente con el equipo de salud que lo atiende<sup>28</sup>. Entre ellos tenemos

#### **a) Control Médico**

Anualmente debe realizarse una anamnesis, una exploración física completa y una determinación analítica, para valorar la existencia de complicaciones. Cada seis meses o un año, debe realizarse una valoración de los objetivos de control y del plan terapéutico y adaptarlo si es preciso.<sup>45</sup>

La periodicidad de las actividades a realizar con el paciente diabético semestral y anualmente son peso, índice de masa corporal, control de los signos vitales, control de hemoglobina glucosilada y anualmente perfil lipídico, análisis de creatinina, evaluación de fondo de ojo, exploración de los pies, electrocardiograma. Las visitas se programarán en función del grado de control metabólico, las necesidades del proceso educativo y el tiempo de evolución de la diabetes. Tras el diagnóstico, cada dos semanas hasta ajustar el tratamiento y desarrollar el programa básico de educación. La insulinización requiere una frecuencia diaria de visitas durante la primera semana. Después del primer año de diagnóstico, en diabéticos estables o sin cambios en el tratamiento, se efectuarán las visitas con la siguiente frecuencia: Una o dos visitas médicas al año; tres o cuatro visitas de enfermería al año, que incluyan intervención educativa.<sup>45</sup>

## **b) Cuidado dietético.**

Tiene por objetivo mantener el nivel de la glucosa normal, así como el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, sobre todo el nivel de LDL (lipoproteína de baja densidad) dentro de los límites normales ya que la elevación de los lípidos constituye factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Otro objetivo es mantener el peso corporal, idea. El cuidado contempla:<sup>37</sup>

- El plan de alimentación del diabético debe enfocarse en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica, actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.<sup>37</sup>
- Debe ser fraccionado. Los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación o merienda, almuerzo, colación o merienda, comida o cena y colación nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche). Con el fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos postprandiales, y resulta especialmente útil en los pacientes en insulino terapia.<sup>37</sup>
- La sal deberá consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal).<sup>37</sup>

- No es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas (precaución). Cuando se consuman, deben siempre ir acompañadas de algún alimento, ya que el exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales o insulina. Está contraindicado en personas con hipertrigliceridemia. Las infusiones como café, té, aromáticas y mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente.<sup>37</sup>
- Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios. Es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo (recomendación).<sup>37</sup>
- Los jugos pueden tomarse como sobremesa pero nunca para calmar la sed. La sed indica generalmente deshidratación cuya principal causa en una persona con diabetes es hiperglucemia. En estos casos se debe preferir el agua. Las bebidas energéticas contienen azúcar y no se aconsejan tampoco para calmar la sed (precaución).<sup>37</sup>
- Se recomienda: Comer alimentos variados: frutas frescas, verdura, pescado, carne, huevos; asimismo el consumo de alimentos ricos en fibra soluble. Dietas con alto contenido de fibra especialmente soluble (50 g/día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos.<sup>37</sup>

- La mayor ingesta de carbohidratos complejos tales como pan integral, cereales, arroz y pastas; porque se digieren más rápido que otros alimentos y se convierten con prontitud en glucosa. Se recomienda reducir el consumo de grasas de origen animal ya que contienen muchas calorías (manteca, aceite, grasa de cerdo y res). Consumir de preferencia proteínas de origen no animal. El comer menos estos alimentos ayuda a reducir riesgos de contraer problemas al corazón.<sup>37</sup>
- El consumo de fibras tales como leguminosas, avena y algunas frutas, vegetales, pan y cereales integrales ayuda a disminuir la glucosa y los lípidos en la sangre y evita el estreñimiento, aumenta la saciedad y ayuda a perder peso y reducir el azúcar y la grasa en sangre<sup>37</sup>.

### **c) Ejercicio físico**

En 1991 la Asociación Norteamericana de Diabetes reconoció al ejercicio físico como parte importante en el tratamiento de la diabetes mellitus. El ejercicio es importante para el tratamiento de la diabetes debido a que disminuye los niveles de glucosa en sangre, así como los factores de riesgo cardiovasculares. El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de la insulina.<sup>35</sup>

Los adultos de 18 a 64 años deben dedicar como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada como caminar, bailar, trotar, nadar, etc.<sup>35</sup> La actividad aeróbica se practicará en forma progresiva iniciando con sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo. Dos veces o más por semana se debe realizar actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.<sup>35</sup>



En las personas mayores de 60 años considerar lo siguiente: Con movilidad reducida deben realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio, tres días o más a la semana.<sup>35</sup>

#### **d) Cuidado de los pies**

Recomendaciones para la atención de un pie diabético: A los pacientes de riesgo (ancianos y aquellos que tienen mala circulación), se les recomienda los siguientes cuidados rutinarios de los pies:

- Cada día, los pies deben ser lavados en agua a temperatura ambiente, cuya temperatura ha sido probada previamente con la mano. Se deben secar con meticulosidad, prestando una atención especial a los espacios interdigitales (entre los dedos).<sup>39</sup>
- Se debe cortar las uñas de los pies una vez por semana, cuando estén suaves después del baño, el corte de uñas debe ser recta siguiendo el contorno del dedo y procurando que no queden demasiado cortas. No cortar las orillas porque podría cortarse la piel. Si las esquinas quedan filosas, pueden causar una herida que puede infectarse. Limarse las uñas con una lima de cartón.<sup>39</sup>
- Los pies se deben inspeccionar con frecuencia, buscando detenidamente zonas reseca y fisuras en la piel, signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades, úlceras; se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga. sobre todo, alrededor de las uñas y en los espacios interdigitales. Deben espolvorearse con talco si la piel está húmeda, o recubrirse con crema hidratante, si la piel está seca. Debe tenerse un cuidado especial con los callos y las durezas, que deben ser

atendidas por un podólogo. No se deben utilizar antisépticos potentes (yodo), ni callicidas.<sup>39</sup>

- Si se tiene la piel seca, se debe untar crema lubricante después de lavarse los pies y secarlos. No se debe poner crema lubricante entre los dedos de los pies. Si aparecen ampollas o infecciones, debe consultarse inmediatamente al médico.
- Los zapatos deben ajustar bien (sin apretar) y ser confortables, dejando espacio para que los dedos descansen en su posición natural.
- Los zapatos nuevos deben calzarse progresivamente, cada vez durante un tiempo un poco más largo.
- Se deben utilizar calcetines de algodón o lana, mejor que de nylon. Deben ser de la talla adecuada y no tener zurcidos ni costuras que puedan producir presiones. Deben cambiarse diariamente.<sup>39</sup>
- Caminar con los pies descalzos es peligroso, ya que una pequeña herida puede tardar mucho en curarse.<sup>39</sup>
- Dejar de fumar. El tabaco es muy perjudicial para los diabéticos, porque produce vasoconstricción.<sup>39</sup>

Cuidado de las lesiones ya existentes:

- Se debe hacer un examen detallado de ambos pies, con una inspección cuidadosa de los talones y los espacios interdigitales.
- El estado de la circulación y sensibilidad deben evaluarse con detalle.

- Debe tenerse en cuenta la temperatura y el color de la piel, la respuesta vascular a la elevación del miembro, es decir si se producen cambios en el color según la postura de la extremidad el cambio en la cantidad de vello de la pierna.<sup>39</sup>

#### **e) Cuidado Oftalmológico**

Se debe consultar frecuentemente al oftalmólogo, porque permite el diagnóstico precoz de retinopatía. Mínimo una vez cada año, se debe hacer el examen de los ojos aun cuando no se tenga problemas de la vista, para detectar lo antes posible las complicaciones y tratarlas inmediatamente y evitar problemas graves.<sup>28</sup>

### **1.3. VARIABLES DE ESTUDIO:**

#### **1.3.1. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:**

**a. Variable independiente:** Programa educativo sobre apoyo de la familia

**b. Variable dependiente:** Autocuidado del paciente diabético.

### 1.3.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variable identificada	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
PROGRAMA EDUCATIVO "APOYO DE LA FAMILIA"	Los programas educativos con información estructurada, y con sesiones educativas de contenidos básicos y sencillos mejora el conocimiento del paciente y familiares, mejorando así las relaciones personales que se establecen en el interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco donde la familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas.	El programa educativo brindará información y sesiones educativas, de esta manera mejorar los conocimientos y actitudes, sensibilizando a los familiares y al paciente diabético para su mejor autocuidado. Los datos se obtendrán a través de la entrevista estructurada realizada a familia de paciente con diabetes	Apoyo informacional	<p>información de medidas de control de la diabetes mellitus tipo 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceptualiza enfermedad</li> <li>• Detecta signos y síntomas</li> <li>• Niveles normales de glucosa en sangre en ayunas</li> <li>• Control de glucosa</li> <li>• Cuidados en el hogar</li> <li>• Control de alimentos</li> <li>• Ejercicios</li> <li>• Tomar medicamentos</li> <li>• Administrar insulina</li> <li>• Dosis de medicamentos que toma</li> <li>• Control de pies</li> <li>• Corte de uña</li> <li>• Tipo de calzado</li> </ul>	Del 1 al 19	Puntaje mayor o igual a la mediana se considera adecuado	1 Adecuado 0 inadecuado
			Apoyo informacional	<p>información de complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoglucemia</li> <li>• Pie diabético</li> <li>• Complicaciones oculares</li> </ul>			
			Apoyo instrumental	<p>Conducta de la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación de los alimentos</li> <li>• Descontrol de alimentos</li> <li>• Acompañar a los controles médicos</li> <li>• Conversar con el médico sobre la enfermedad e indicaciones</li> <li>• Ayuda al paciente a entender las indicaciones médicas</li> <li>• Se da cuenta cuando el paciente diabético se olvida de tomar medicamentos</li> <li>• Reacción ante suspensión de medicamento</li> </ul>	Del 20 al 29		
			Apoyo instrumental	<p>Ayuda material</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Económico</li> <li>• Calzado adecuado</li> <li>• Alimentos adecuados</li> </ul>			

## OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

Variable identificada	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO	Autocuidado en la salud del paciente diabético.-son las conductas del ser humano para lograr ser capaces de cuidarse de sí mismos.	Autocuidado de salud del paciente diabético. Son conductas que les permite ser capaces de cuidarse por sí solos. Datos se obtendrán a través de la entrevista estructurada realizada a paciente diabético	Control Médico	Periodicidad y Cumplimiento de las indicaciones <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por lo menos acude al médico una vez al año.</li> <li>• Cumplimiento del control de la glucosa</li> <li>• Cumple con las indicaciones farmacológicas</li> <li>• Acude al médico ante algún cambio o dolencia</li> <li>• Cumple con las pruebas de función renal que le indica el médico.</li> <li>• Indicaciones médicas</li> </ul>	Del 1 al 6	0 No cumple 1 cumple parcialmente 2 cumple en su totalidad	deficiente de 0 al 31 regular de 32 a 42 bueno de 43 a 54
			Dieta	Tipo de dieta <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta</li> <li>• Consume frutas y verduras</li> <li>• Consumo de agua</li> </ul> Periodicidad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Horarios</li> <li>• Control peso</li> </ul>	Del 7 al 13		
			Ejercicios	Horarios y tiempo de ejercicios Tipo de ejercicios <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de ejercicios</li> <li>• Horario de ejercicios</li> <li>• Evita ejercicios intenso en ayuno o niveles bajos de glucosa</li> </ul>	Del 14 al 16		
			Cuidados de los pies	Tipo de zapato y medias <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa zapatos cómodos y que proteja el pie.</li> <li>• Uso de medias de algodón y que no sean ajustadas</li> </ul> Revisión periódica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa sus pies diariamente</li> <li>• Asiste al podólogo</li> </ul> Medidas Preventivas Higiene <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evita el uso de sandalias</li> <li>• Utiliza cremas hidratantes</li> <li>• Secado de pies y corte de uñas de forma rectas.</li> </ul>	Del 17 al 24		
			Control Oftalmológico	Periodicidad de Medidas de control <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acude al oftalmólogo una vez al año</li> <li>• Tiene problemas con la visión</li> <li>• Usa lentes</li> <li>• Mira la televisión por lo menos dos metros</li> </ul>	Del 25 al 27		

## **CAPÍTULO II**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **2.1. ENFOQUE DE ESTUDIO:**

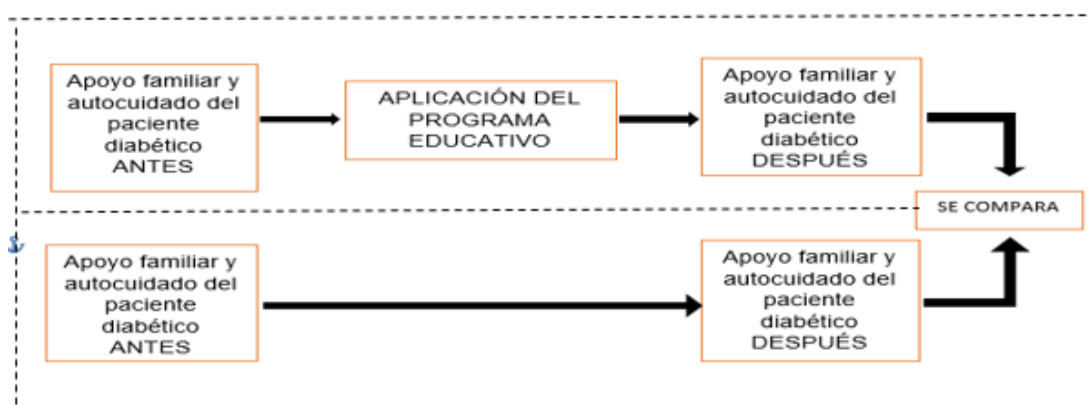
El estudio pertenece a un enfoque cuantitativo, porque requiere de métodos estadísticos para el análisis de la información y nos permitirá examinar los datos en forma numérica. Según Canales F. la investigación cuantitativa nace de la curiosidad y de la necesidad del saber respecto del hecho respecto a aun hecho o fenómeno, parte por identificar el problema de investigación. <sup>40</sup>

#### **2.2. TIPO DE INVESTIGACION.**

Es una Investigación aplicada, porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación. El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad. <sup>41</sup>

### 2.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Es un estudio cuasi-experimental. Según Hernández S. Consiste en administrar un estímulo o tratamiento a un grupo y después aplicar una medición de una o más variables para observar cuál es el nivel del grupo en éstas. <sup>42</sup>



El diseño de investigación de este proyecto consiste en la agrupación de 15 pacientes diabéticos más 15 familiares, donde se aplicó el programa educativo (grupo de intervención); y otro grupo de 15 pacientes diabéticos, más un familiar por cada uno, donde no se aplicó el programa educativo (grupo control), de esta manera se comparó y se midió la influencia del programa educativo “apoyo de la familia” en la práctica del autocuidado del paciente diabético.

### 2.4. AREA DE ESTUDIO:

El área de estudio de este trabajo de investigación, es la jurisdicción del Centro de Salud San Juan Bautista, ubicado en la Región de Ayacucho, Provincia de Huamanga y Distrito de San Juan Bautista.

El Centro de Salud San Juan Bautista pertenece a la Red de Salud Huamanga, Dirección Regional de Salud de Ayacucho, con una clasificación de un centro con camas de internamiento, de categoría I-4, con dirección actual en la Av. Las Malvinas 250 - 288-Ciudad de las Américas.

## **2.5. POBLACIÓN:**

La población total registrada con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 hasta el 2018 en el Centro de Salud San Juan Bautista es de 256 pacientes, de los cuales hasta la fecha se tiene identificados 30 pacientes para su seguimiento. La población a investigar en este proyecto son los familiares y pacientes diabéticos atendidos en el Centro de Salud San Juan Bautista. Ayacucho.

Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos en el Centro de Salud San Juan Bautista.
- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II
- Familiares que conviven con el paciente diabético.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con otras patologías
- Pacientes diabéticos que no pertenecen al Centro de Salud San Juan Bautista. Ayacucho
- Pacientes con otros tipos de diabetes mellitus
- Pacientes con complicaciones crónicas
- Familiares que no conviven con el paciente diabético

## **2.6. MUESTRA:**

Para la selección de la muestra se consideró un muestreo no probabilístico y de tipo muestra intencional, donde se consideró, que de los 30 pacientes identificados se agrupó en dos grupos de 15 pacientes con su respectivo familiar, que formarán parte de la muestra.



## **2.7. TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.**

### **TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.**

La técnica que se utilizó en el presente estudio fue la entrevista.

### **INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:**

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario estructurado, que se aplicó a los familiares y al paciente diabético antes y después de la aplicación del programa educativo sobre “Apoyo de la familia” para medir la influencia de este programa en el autocuidado del paciente diabético, y como estrategia las visitas domiciliarias para un mejor acercamiento, observación al paciente diabético para determinar las conductas, que tiene acerca del autocuidado integral.

## **2.8. RECOLECCIÓN DE DATOS:**

La recolección de datos se realizó en la forma siguiente:

### **ETAPA I:**

- Se Coordinó con el Centro de Salud San Juan Bautista.

### **ETAPA II:**

- Se obtuvo la nómina de los pacientes diabéticos que asisten al Centro de Salud San Juan Bautista. Ayacucho 2019.
- Se agrupó a los integrantes por sectores de acuerdo a la ubicación de la vivienda.
- Se aplicó el cuestionario de entrevista estructurada a los familiares y pacientes diabéticos.
- Se aplicó el programa educativo sobre “apoyo de la familia” y su influencia en la práctica de autocuidado del paciente diabético en el Centro de Salud San Juan Bautista. Ayacucho 2019.
- Se aplicó el cuestionario estructurado, a los familiares y pacientes diabéticos después de la aplicación del programa educativo sobre “apoyo de la familia”

y su influencia en la práctica de autocuidado del paciente diabético del Centro de Salud San Juan Bautista. Ayacucho 2019.

#### ETAPA III:

- Finalmente se almacenó toda la información, previo control de calidad y codificación de los datos.

#### **2.9. PROCESAMIENTO DE DATOS:**

El procesamiento de datos se realizó en la siguiente manera:

- Control de calidad de los instrumentos recolectados.
- Codificación de los ítems.
- Elaboración de la base de datos.
- Posteriormente los datos se procesaron de manera informática empleando el paquete estadístico SPSS STATICS.

Los resultados del estudio, se presentaron en tablas de frecuencia simples y compuestas, cada una de ellas con sus respectivas interpretaciones y luego se determinó las conclusiones de la investigación. Para establecer el impacto, se utilizó una prueba no paramétrica de Wilcoxon.

**CAPITULO III**  
**RESULTADOS**

**TABLA N° 01**

**PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO, ANTES Y DESPUÉS DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE “APOYO DE LA FAMILIA” EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2019.**

PACIENTE DIABÉTICO	PRACTICA DE AUTOCUIDADO ANTES				PRACTICA DE AUTOUIDADO DESPUES							
	DEFICIENTE		REGULAR		DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
INTERVENIDA	14	93.3	1	6.7	2	13.3	12	80	1	6.7	15	100
CONTROL	14	93.3	1	6.7	12	80	3	20	0	0	15	100
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>93.3</b>	<b>2</b>	<b>6.7</b>	<b>14</b>	<b>46.7</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista realizada a los pacientes diabéticos que acuden al EE.SS.

En la tabla N° 01 observa que antes de la aplicación del programa educativo, el 93% de los pacientes diabéticos poseen un nivel de autocuidado deficiente, 6.7% como regular, tanto en la población de intervención y en la población de control.

Después de la aplicación del programa educativo en la población intervenida el 80% poseen un nivel de autocuidado regular, 13.3% permanece con deficiente y 6.7% como bueno. En la población de control el 80% posee un nivel de autocuidado deficiente y 20% regular.

**TABLA N° 02**

**PRUEBA DE RANGOS CON SIGNO DE WILCOXON, PARA ESTABLECER LA INFLUENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE “APOYO DE LA FAMILIA” EN LA PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO, EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2019.**

<b>PACIENTE DIABÉTICO</b>	<b>RANGOS</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
POSTERIOR - ANTERIOR	Negativos	1a	13,00	13,00
	Positivos	29b	15,59	452,00
	Empates	0c		
	Total	30		

<b>PRUEBA DE WILCOXON</b>	<b>AUTOCUIDADO2 - AUTOCUIDADO1</b>
Z	-4,521b
P	,000

De manera global, la práctica de autocuidado se incrementa en los pacientes diabéticos, posterior a la aplicación del Programa Educativo, a diferencia cuando se inició con el programa, ello evidencia que el programa educativo influye en la mejora de las prácticas de autocuidado del paciente diabético (Z: 4.521, P<0.01)

**TABLA N° 03**

**APOYO INFORMACIONAL AL PACIENTE DIABÉTICO, POR PARTE DEL FAMILIAR ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE “APOYO DE LA FAMILIA”, CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO, 2019**

FAMILIAR DEL PACIENTE DIABÉTICO	APOYO INFORMACIONAL ANTES				APOYO INFORMACIONAL DESPUES				TOTAL	
	INADECUADO		ADECUADO		INADECUADO		ADECUADO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
FAMILIA INTERVENIDA	14	93.3	1	6.7	2	13.3	13	86.7	15	100
FAMILIA CONTROL	12	80	3	20	10	66.7	5	33.3	15	100
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>86.7</b>	<b>4</b>	<b>13.3</b>	<b>12</b>	<b>40</b>	<b>18</b>	<b>60</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista realizada a los familiares de los pacientes diabéticos.

En la tabla N° 03 observa que antes de la aplicación del programa educativo, el 93% de los familiares de los pacientes diabéticos, en la población intervenida, realizan el apoyo informacional inadecuado, mientras en la población de control, el 80%.

Después de la aplicación del programa educativo, en la población intervenida el 86.7% de los familiares de los pacientes diabéticos, realizan el apoyo informacional de manera adecuada; mientras en la población de control solo el 33.3%.

**TABLA N° 04**

**PRUEBA DE RANGOS CON SIGNO DE WILCOXON, PARA ESTABLECER LA INFLUENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO, EN EL APOYO INFORMACIONAL AL PACIENTE DIABÉTICO, POR PARTE DEL FAMILIAR, CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO, 2019**

<b>APOYO INFORMACIONAL</b>	<b>RANGOS</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
PUNTAJE DESPUES - PUNTAJE ANTES	Negativos	4a	5,38	21,50
	Positivos	22b	14,98	329,50
	Empates	4c		
	Total	30		

<b>PRUEBA DE WILCOXON</b>	<b>PUNTAJE DESPUES – PUNTAJE ANTES</b>
<b>Z</b>	-3,932b
<b>P</b>	0,000

Después de la aplicación del Programa Educativo, el apoyo informacional por parte de los familiares se incrementa, a diferencia, de cuando se inició con el Programa Educativo. Los resultados demuestran que el programa educativo influye en la mejora del apoyo informacional, por parte de los familiares de los pacientes diabéticos (Z: -3.932, P<0.01).

**TABLA N° 05**

**APOYO INSTRUMENTAL AL PACIENTE DIABÉTICO, POR PARTE DEL FAMILIAR ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE “APOYO DE LA FAMILIA”, CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO, 2019**

FAMILIAR DEL PACIENTE DIABÉTICO	APOYO INSTRUMENTAL ANTES				APOYO INSTRUMENTAL DESPUES					
	INADECUADO		ADECUADO		INADECUADO		ADECUADO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
FAMILIA INTERVENIDA	11	73.3	4	26.7	6	40	9	60	15	100
FAMILIA CONTROL	7	46.7	8	53.3	7	46.7	8	53.3	15	100
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>60</b>	<b>12</b>	<b>40</b>	<b>13</b>	<b>43.3</b>	<b>17</b>	<b>56.7</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista realizada a los familiares de los pacientes diabéticos.

En la tabla N° 05 observa que antes de la aplicación del programa educativo, el 73.3% de los familiares de los pacientes diabéticos, en la población intervenida, realizan el apoyo instrumental de manera inadecuado, mientras en la población de control, el 46.7%. Después de la aplicación del programa educativo, en la población intervenida el 60% de los familiares de los pacientes diabéticos, realizan el apoyo instrumental de manera adecuada; mientras en la población de control solo el 53.3%.



**TABLA N° 06**

**PRUEBA DE RANGOS CON SIGNO DE WILCOXON, PARA ESTABLECER EL IMPACTO DEL PROGRAMA EDUCATIVO, EN EL APOYO INSTRUMENTAL AL PACIENTE DIABÉTICO, POR PARTE DEL FAMILIAR, CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO, 2019**

<b>APOYO INSTRUMENTAL</b>	<b>RANGOS</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
PUNT. INSTRUMENTAL DESPUES - PUNT. INSTRUMENTAL ANTES	Negativos	1a	5,50	5,50
	Positivos	21b	11,79	247,50
	Empates	8c		
	Total	30		

<b>PRUEBA DE WILCOXON</b>	<b>PUN. INST. DESPUES - PUN. INST. ANTES</b>
Z	-4,017b
P	0,000

Después de la aplicación del Programa Educativo, el apoyo instrumental por parte de los familiares se incrementa, a diferencia, de cuando se inició con el Programa Educativo. Los resultados demuestran que el programa educativo impacta en la mejora del apoyo instrumental, por parte de los familiares de los pacientes diabéticos (Z: -4.017, P<0.01)

## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN**

De acuerdo a los reportes de organizaciones sanitarias a nivel mundial, la diabetes se viene incrementando en forma alarmante, su diagnóstico en gran parte se hace en forma inoportuna, cuando la enfermedad presenta estadios más avanzados, debido entre otros, a que gran parte de la población, desconoce de los factores que lo condicionan, y más aún las personas que presentan el diagnóstico no cumplen con el tratamiento y recomendaciones establecidas, generando graves complicaciones en los pacientes, incrementándose así los costos de atención.

La Región de Ayacucho no se exime de esta realidad, del total de casos reportados en la Región, 64.7% pertenece al Hospital Regional de Ayacucho, seguido del Hospital de Apoyo San Francisco con 18.2%, Hospital de Apoyo Huanta con 14.7% y Hospital de Apoyo de Puquio con 2.3%, así mismo, entre los que no notificaron casos se encuentran los Hospitales de San Miguel, Coracora, Cangallo y Hospital de Jesús Nazareno.

En los pacientes diagnosticados con diabetes, a la fecha es muy importante las prácticas de autocuidado como el cumplimiento del control médico, cumplimiento de un régimen dietético adecuado, evitar el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros; asimismo como en toda enfermedad el apoyo familiar, se ha constituido en un determinante fundamental en el manejo de la enfermedad. Por otro lado el MINSA, mediante sus Diresas, Programas de Salud y las Estrategias Sanitarias, aseguran el acceso a los servicios de salud, por parte de la población, y ello es muy importante en el control de la diabetes.

En el estudio realizado por Del Pezo E. (2013) titulado “Participación familiar en el autocuidado del paciente diabético centro de salud santa Elena” Ecuador, determinaron que los familiares del diabético tienen un déficit de conocimientos acerca de esta patología y de los cuidados integrales, que se debe adoptar, el 41,4% de los familiares, desconocen acerca de este síndrome, y en cuanto a los pacientes un 50% no manejan su dieta en forma adecuada, llegando a La conclusión que tanto los pacientes y los familiares mantienen un déficit de conocimiento acerca de la enfermedad y de cuál es el rol dentro del hogar<sup>11</sup>.

A raíz de la naturaleza del problema latente, se logró la implementación de un Programas Educativo, cuyo propósito fue mejorar las prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos, asimismo mejorar el apoyo familiar en la dimensión informacional e instrumental, es decir evaluar la influencia del programa educativo. Los hallazgos de la investigación van a permitir estructurar nuevos conocimientos sobre el apoyo familiar en las prácticas de autocuidado en el paciente diabético.

**El objetivo general del estudio** fue determinar la influencia del programa educativo sobre “apoyo de la familia” en la práctica de autocuidado del paciente diabético en el Centro de salud San Juan Bautista, Ayacucho 2019, este objetivo

responde a la necesidad de controlar los riesgos, que generan la complicación de la diabetes, a partir de un Programa Educativo, donde se involucre a la familia en forma activa.

De acuerdo a los resultados de la tabla N° 01, se observa que antes de la aplicación del programa educativo, el 93% de los pacientes diabéticos poseen un nivel de autocuidado deficiente, 6.7% como regular, tanto en la población de intervención y en la población de control. Después de la aplicación del Programa Educativo en la población intervenida el 80% poseen un nivel de autocuidado regular, 13.3% permanece con deficiente y 6.7% como bueno. En la población de control el 80% posee un nivel de autocuidado deficiente y 20% regular.

En general **uno de los primeros objetivos específicos** del estudio fue, determinar la influencia del Programa Educativo sobre “Apoyo de la Familia” en la práctica de autocuidado del paciente diabético, en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2019, al respecto de acuerdo a los resultados de la tabla N° 02, la aplicación de la Prueba de Wilcoxon, demostró que el Programa Educativo influye en la mejora de las prácticas de autocuidado, del paciente diabético ( $Z: 4.521$ ,  $P < 0.01$ ), de esta manera se acepta la hipótesis de investigación ( $H_i$ ) y se rechaza la hipótesis nula ( $H_o$ ).

Todo programa educativo en salud, debidamente estructurado, conlleva al logro de resultados favorables, es así que en la tesis realizada por Deza A. titulado “Efectividad del programa educativo para mejorar nivel de conocimientos de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo II del hospital I Florencia de Mora Trujillo, 2015”, demostró que el nivel de conocimientos antes de la aplicación del programa es deficiente en un 100%, y luego del diseño y aplicación del programa permitió desarrollar el nivel regular 34.3% y bueno 65.7%, en el post test; llegando a

la conclusión que el programa educativo participativo, si mejora significativamente el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos tipo II.<sup>15</sup>

El programa educativo más allá de centrar su propósito en el paciente diabético, se centró también en los familiares, en ese sentido **el segundo objetivo específico del estudio** fue evaluar el apoyo informacional e instrumental al paciente diabético, por parte del familiar antes y después de aplicar el Programa Educativo sobre “Apoyo de la Familia”, en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2019.

Al respecto, según la tabla N° 03, se evidencia que antes de la aplicación del programa educativo, el 93% de los familiares de los pacientes diabéticos, en la población intervenida, realizan el apoyo informacional inadecuado, mientras en la población de control el 80%; es decir el mayor porcentaje carece de información adecuada sobre la enfermedad. Después de la aplicación del programa educativo, en la población intervenida el 86.7% de los familiares de los pacientes diabéticos, realizan el apoyo informacional de manera adecuada; mientras en la población de control solo el 33.3%.

Para contrastar la influencia del Programa Educativo en al apoyo informacional, los resultados de la Tabla N° 04, demuestra, que Programa Educativo, influye en la mejora del apoyo informacional, por parte de los familiares de los pacientes diabéticos ( $Z: -3.932, P < 0.01$ ). Es decir, las familias tienen mejor dominio cognitivo y manejo de la información sobre los cuidados que deben ejercer las personas o familiares con diabetes.

Finalmente, el **tercer objetivo específico del estudio**, fue evaluar el apoyo instrumental al paciente diabético, por parte del familiar antes y después de aplicar el Programa Educativo sobre “Apoyo de la Familia”, en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2019. Debe señalarse que el apoyo instrumental, es la provisión real de servicios; es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita; (p. ej., acompañar al paciente al hospital, administrarle inyecciones de insulina). Según Barreda y Ainlay, el apoyo instrumental es la dimensión de la ayuda tangible, donde se proporciona recursos económicos para la compra de medicamentos, alimentos o el sustituir a la persona en la realización de alguna actividad física<sup>30</sup>.

Conforme a los resultados de la tabla N° 05, antes de la aplicación del programa educativo, el 73.3% de los familiares de los pacientes diabéticos, en la población intervenida, realizan el apoyo instrumental de manera inadecuado, mientras en la población de control, el 46.7%. Después de la aplicación del programa educativo, en la población intervenida el 60% de los familiares de los pacientes diabéticos, realizan el apoyo instrumental de manera adecuada; mientras en la población de control solo el 53.3%. Estos resultados demuestran que el programa educativo influye en la mejora del apoyo instrumental, por parte de los familiares de los pacientes diabéticos (Z: -4.017, P<0.01).

Al respecto Sánchez N. en su tesis titulada “Apoyo familiar y autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo 2 en consultorios externos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.”, demostró una relación significativa entre el apoyo familiar y el autocuidado en el adulto con diabetes mellitus Tipo 2<sup>14</sup>. En efecto se demuestra que las prácticas de autocuidado y el control de todo paciente diabético dependen también del involucramiento efectivo de la familia.

Los resultados globales demuestran la influencia del Programa Educativo en la práctica de autocuidado del paciente diabético, en la población intervenida a diferencia de la población control, más aun con la implementación del Programa Educativo se incrementa en forma significativo el apoyo informacional e instrumental por parte de los familiares, lo que repercute con el resultados de la población.

## CONCLUSIONES

1. Antes de la aplicación del Programa Educativo, el 93% de los pacientes diabéticos poseen un nivel de autocuidado deficiente; después en la población intervenida el 80% poseen un nivel de autocuidado regular, mientras en la población control permanece deficiente.
2. La implementación del Programa Educativo, influye en la mejora del apoyo informacional, por parte de los familiares de los pacientes diabéticos, a diferencia de la población de control (Z: -3.932,  $P < 0.01$ ).
3. La implementación del Programa Educativo, influye la mejora del apoyo instrumental, por parte de los familiares de los pacientes diabéticos, a diferencia de la población control (Z: -4.017,  $P < 0.01$ ).
4. La aplicación de la Prueba de Wilcoxon, demostró que el programa educativo influye en la mejora de las prácticas de autocuidado del paciente diabético (Z: 4.521,  $P < 0.01$ ), de esta manera se acepta la hipótesis de investigación ( $H_i$ ) y se rechaza la hipótesis nula ( $H_o$ ). Asimismo, en la mejora del apoyo informacional e instrumental por parte de los familiares de los pacientes diabéticos ( $P < 0.01$ ).



## RECOMENDACIONES

1. A la DIRESA, a fin de establecer políticas regionales para controlar la diabetes y mejorar las prácticas de autocuidado.
2. A la Red de Salud Huamanga, a fin de fortalecer las intervenciones en el primer nivel de atención, con el fin de controlar la diabetes y mejorar las prácticas de autocuidado, mediante programas de participación familiar.
3. Al Director del CLAS San Juan Batista a fin de lograr la implementación del Programa Educativo Apoyo Familiar, de esta manera mejorar las prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos.
4. A la Facultad de Ciencias de la Salud a fin de promover y apoyar investigaciones referentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Artículo de la Organización Mundial Salud “diabetes” Ginebra Noviembre de 2017. disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/> .
2. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo (Asociación latinoamericana de diabetes) “epidemiología de la diabetes de tipo 2 en Latinoamérica (pág. 101).
3. American Diabetes Association, datos sobre la diabetes, 2017. disponible en <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/datos-sobre-la-diabetes/?referrer=http://findgofind.co/>
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Geográfica “Diabetes INEGI 2013”; noviembre 2014.
5. Revilla L. Situación de la vigilancia de diabetes en el Perú, al I semestre de 2013. 2013; 22 (39): 825 – 828 disponible en [http://www.dge.gob.pe/Boletin\\_sem/2013/SE39/se39-02.pdf](http://www.dge.gob.pe/Boletin_sem/2013/SE39/se39-02.pdf).
6. Boletín Epidemiológico Ayacucho-2017-09- “Situación epidemiológica de la Diabetes, Ayacucho 2016.” Disponible en [http://www.saludayacucho.gob.pe/images/oficinas/Epidemiologia/Boletines/Boletin\\_09\\_2017EPI\\_Diabetes.pdf](http://www.saludayacucho.gob.pe/images/oficinas/Epidemiologia/Boletines/Boletin_09_2017EPI_Diabetes.pdf)
7. Cifuentes J, Yefi N. “La familia ¿apoyo o desaliento para el paciente diabético?” 2005.
8. Valadez I, Aldrete M, Alfaro N. ”Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II”. México. 1993
9. Hernández J, Brenda Rodríguez B, Sierra A;” El paciente diabético y su entorno familiar y social” México.
10. Soler Y; Pérez E. ET AL “Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. Cuba, Vol 20, 2016.

11. Del Pezo E. En la tesis titulado "Participación familiar en el autocuidado del paciente diabético "centro de salud #1 santa Elena" 2012 – 2013, Ecuador
12. Valdez D. en la tesis titulada "la participación de la familia en el control del paciente con diabetes mellitus tipo 2" 1997
13. Boza D. En la tesis titulada "Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimientos sobre prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en niños del nivel primario de una institución educativa de Lima 2015"
14. Sánchez N. en la tesis titulada "apoyo familiar y autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo 2 en consultorios externos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015."
15. Deza A. en la tesis titulado "efectividad del programa educativo para mejorar nivel de conocimientos de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo II del hospital I Florencia de Mora Trujillo, 2015" Perú ,2015.
16. Arias M. y Ramírez S. en la tesis titulado "Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac, 2013"
17. Gonzales W. en la tesis titulado "conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2, hospital militar central, lima, noviembre 2014 - enero 2015
18. Gamboa C. en la tesis titulada "Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad vida en el programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2013".
19. Anaya A. en la tesis titulada "El autocuidado del diabético tipo 2 y la participación de su familia para controlar el incremento de las complicaciones en el hospital maría auxiliadora de san juan de Miraflores-Lima en el año 2012"

20. Hajar A. en la tesis titulada “Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC”
21. <https://definicion.de/programa/>
22. Programas de educación para la salud: unidad 3. disponible en <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176324.pdf>
23. Dalmau M; García G; Aguilar C; PALAU, A. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. En: Atención Primaria. Instituto Català de la Salut. Tarragona. España. 2003, 32 (1):36-41
24. Alejandro M, Romero M. Coordinación de grupos (Colección Educación Popular de Cuba). Cuba: Caminos; 2003.
25. Organización Panamericana De La Salud. Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud. Vol 11. Washington: OPS. 1985
26. Ministerio De Salud. Proyecto de salud y nutrición básica. Perú, 2009. Disponible en: <http://cepis.org.pe/edusan/modulo4/ES-M04-L04-MinSalud.pdf>
27. Guerra M, Alva M. Guía metodológica y video de validación de materiales informativos, educativos, comunicacionales. Perú: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2003. pg. 7
28. Hidalgo Carpio, E. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo (tesis para optar el título de licenciada) Universidad Nacional de San Marcos. 2005.
29. Montes V. Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teóricos conceptuales. 2003. Disponible en: [www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf](http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf).

30. Valadez I, Alfaro N, Centeno G, Cabrera C. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. Investigación en Salud, 2003. México.
31. Quintero L. Percepción del apoyo familiar del paciente adulto de diabetes mellitus tipo 2. 2004. México. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/1785/1/1020149421.pdf>
32. Fachado A. Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. 2008
33. Dorotea O. "teorías de autocuidado", 1993 disponible en <https://laestenosisaortica.wordpress.com/teorias-de-dorotea-orem-autocuidado>
34. Organización Mundial de la Salud (2014). Diabetes, disponible en línea. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/es/> Fecha de visita: 04 de noviembre de 2015.
35. Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública "guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención", Lima - Perú 2015
36. Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública "guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención" ,1ra. Edición, Lima - Perú 2016
37. Sociedad peruana de endocrinología "guía peruana de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2" Primera edición: Lima, noviembre del 2008
38. Ministerio de salud dirección general de salud de las personas "guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2" lima-Perú 2014

39. Organización Panamericana de la Salud “guía para la atención integral a personas con diabetes mellitus” panamá 2009.
40. De Canales F. Y otros. “Metodología de la investigación “4ta.edición, Dit. OPS, Washishinton.1995.
41. Murillo, W. (2008). La investigación científica. Consultado el 18 de abril de 2008 de <http://www.monografias.com/trabajos15/invest-científica/investcientífica.shtm>
42. Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de investigación. México: McGraw-Hill, 2006.
43. Jiménez F. y Ramírez y. clasificación de los diseños. Capítulo 5. 2011. disponible en [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/Garcia\\_MetodologiaInvestigacion\\_1a\\_capitulo\\_muestra.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/Garcia_MetodologiaInvestigacion_1a_capitulo_muestra.pdf)
44. Tamara O. y Manterola artículo científico Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. 2017.
45. Fernández V. “percepción del entorno familiar” Universidad San Agustín de Arequipa, Perú. Disponible en [https://www.academia.edu/9260014/percepcion\\_del\\_entorno\\_familiar](https://www.academia.edu/9260014/percepcion_del_entorno_familiar).
46. «Artículo 16. 3». Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). «La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.»
47. Organización mundial de la salud
48. M, Montes de Oca R, Hernández O. La familia en el cuidado de la salud. Revista Médica Electrón. 2014. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n4/rme080414.pdf>

49. Asociación Americana de Diabetes: estándares de atención médica. En Diabetes 2015 (Posicionamiento). Cuidado de la diabetes 2015. Disponible en <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2016/06/educacion-en-diabetes.pdf>
50. Abellán J, Sainz P, Ortín E (2010). Ejercicio físico en el personal diabético. En: Guía para la prescripción de ejercicio físico en personas con riesgo cardiovascular. Sociedad Española de Hipertensión. Madrid. pp 47-55
51. Chan M. Atención primaria de salud. Organización Mundial de la Salud [revista científica].[citado el 21 de marzo 2014].Estados Unidos 2014 Disponible en: [www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/).
52. Vera W. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado humano el rescate necesario Aquichan, [Manual de Enfermería], vol. 9, núm. 3, diciembre, 2da edic. 2009, pp. 246-256 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia [citado el 20 de marzo 2014]. Edit, Grupo océano La revista está incluida en el catálogo LATINDEX.
53. Bach. Camasca I. "Conocimientos y actitudes de los pacientes y familiares sobre la diabetes, Ayacucho 2014". Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga".

## **ANEXOS**



## ANEXO N° 01

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**  
**GUIA DE CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PARA EVALUAR EL APOYO**  
**FAMILIAR DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL CENTRO DE SALUD DE SAN**  
**JUAN BAUTISTA.**

### Introducción

Buenos días, somos estudiantes de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga - Escuela Profesional de Enfermería, ante todo solicitamos su consentimiento para participar en la entrevista

El propósito de la entrevista es ´programa educativo sobre apoyo de la familia y su influencia en la práctica de autocuidado del paciente diabético. Centro de salud San Juan Bautista, Ayacucho .2019. La información que se obtendrá será de carácter anónima y solo será para el uso de lo indicado; para lo cual solicito su colaboración y responder con la mayor sinceridad posible.

Fecha:..... encuesta #.....

#### I. Datos generales del Familiar Cuidador

- Edad:.....
- Sexo: Marcar con X

Masculino ( ) Femenino ( )

- Grado de instrucción del familiar cuidador:

Analfabeto ( ) Primaria: ( ) Secundaria: ( )

Superior técnico ( ) Superior universitario ( )

- Grado de parentesco del familiar cuidador

Esposa/o ( ) hija/o ( ) otro:(especifique).....

### Instrucciones

Lea cuidadosamente y marque con “X” la respuesta que consideres válida.

#### II Apoyo informacional

##### 1. La diabetes Mellitus es una:

- a) Enfermedad, caracterizada por un incremento en el nivel de azúcar en la Sangre.
- b) Infección, caracterizada por un aumento de la temperatura.
- c) Enfermedad caracterizada por acumulación de grasa en la sangre.
- d) Enfermedad causada por una bacteria o virus.

##### 2. Los principales signos y síntomas son:

- a) Sed, sudoración, fiebre.
- b) Hambre, fiebre, tos

- c) Sed, hambre, necesidad frecuente de orinar
  - d) Vómitos, Mareos y Sed.
3. Los niveles normales de glucosa en sangre en ayunas son:
- a) 40 – 80 mg/dl.
  - b) 70 \_ 120 mg /dl
  - c) 110-180 mg/dl
  - d) Mayor de 150 mg/dl
4. El paciente diabético debe controlarse la glucosa en sangre:
- a. Todos los días
  - b. Una vez a la semana
  - c. Una vez al mes
  - d. Cada medio año.
5. Cuidados que se debe tener con el familiar diabético es:
- a. El Cuidado de los ojos, ejercicios, medicación.
  - b. En los alimentos, ejercicios, medicación y cuidado de los pies.
  - c. En el sueño, medicación, cuidado de los oídos.
  - d. Disminución de comidas y restricción de líquidos.
6. Se debe controlar la alimentación del paciente diabético
- a. En cada comida.
  - b. Todos los días
  - c. De vez en cuando
  - d. Solo cuando es necesario
7. ¿Conoce usted cuales son los alimentos permitidos en la alimentación de su familiar diabético?
- a. Sí, bajo en harinas, grasas, azúcar, sal y rica en fibras como verduras
  - b. Si, solamente bajo en azúcar y normal en harina
  - c. Si, bajo de sal y alto en harinas
  - d. No conozco los alimentos permitidos
8. El ejercicio físico en el paciente diabético debe ser:
- a) Planeado de acuerdo al paciente, estructurado y repetitivo
  - b) Fuerte intensidad, todos los días
  - c) Baja intensidad, raras veces
  - d) No se debe hacer ejercicios
9. ¿Cuánto tiempo como promedio debe durar los ejercicios?
- a) 30 minutos
  - b) 1 a 2 horas

- c) Depende del tiempo que rinda
  - d) No debe realizar ejercicios
10. Para mantener el control de la diabetes, el paciente diabético debe tomar sus medicamentos:
- a) Todos los días
  - b) Una vez a la semana
  - c) Una vez al mes
  - d) Nunca
11. La insulina se debe administrar:
- a) Todos los días
  - b) Una vez a la semana
  - c) Nunca
  - d) Solo cuando es necesario
12. Conoce la dosis de medicamentos que debe tomar su familiar
- a) Si, nombre y dosis
  - b) Solo nombre de medicamento
  - c) Solo dosis de medicamento
  - d) No, conozco ni nombre ni dosis
13. El cuidado de los pies del paciente diabético es importante porque:
- a) Mantiene limpio los pies
  - b) Previene la aparición de lesiones
  - c) Permite tener las uñas estéticamente
  - d) Impide la aparición de callos.
14. Se debe evaluar el estado de los pies
- a) Todos los días
  - b) Una vez a la semana
  - c) Sólo cuando es necesario
  - d) Nunca
15. ¿Cómo se debe cortar las uñas?
- a) En forma recta y limar los bordes
  - b) En forma curva o redonda
  - c) Dejar las uñas largas
  - d) Al gusto del paciente
16. El tipo de calzado debe ser:
- a) Abierto
  - b) Cerrado, tamaño adecuado

- c) Cerrado, ajustado con opresión
  - d) Semi abierto
17. En los pacientes diabéticos puede bajarse mucho el nivel de azúcar en sangre
- a) En algunos
  - b) En todos los diabéticos
  - c) Sólo en aquellos que están descontrolados
  - d) Nunca
18. El paciente diabético puede desarrollar pie diabético (lesiones, úlceras, infecciones)
- a) En algunos
  - b) En todos los diabéticos
  - c) Sólo en aquellos que no tienen control adecuado
  - d) Nunca
19. El paciente diabético puede presentar complicaciones oculares hasta perder la visión
- a) En algunos
  - b) En todos los diabéticos
  - c) Sólo en aquellos que tienen mal control
  - d) Nunca

### III. Apoyo instrumental

20. Colabora en la preparación de los alimentos de su familiar enfermo
- a) Si
  - b) No
21. Cuando su familiar come más alimentos de los indicados usted le recuerda el riesgo
- a) Si
  - b) No
22. Acompaña a su familiar a los controles médicos
- a) Si
  - b) No
23. Conversa con el médico acerca de la enfermedad y las indicaciones que le dieron a su familiar
- a) Si
  - b) No
24. Ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico
- a) Si

- b) No
25. Se da cuenta cuando el paciente diabético se olvida de tomar sus medicamentos
- a) Si
- b) No
26. Cuando su familiar diabético suspende el medicamento, sin indicación médica usted le recuerda el riesgo
- a) Si
- b) No
27. Ayuda económicamente al paciente diabético a solventar su enfermedad
- a) Si
- b) No
28. Proporciona calzado adecuado al paciente diabético
- a) Si
- b) No
29. Proporciona alimentos adecuados al paciente diabético para el control de la enfermedad
- a) Si
- b) No

...Gracias por su participación

#### CRITERIOS DE EVALUACION

##### Apoyo de la familia

	Ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Apoyo informacional	Del 1 al 19	Puntaje mayor o igual a la mediana se considera adecuado	1 adecuado 0 inadecuado
Apoyo instrumental	Del 20 al 29		

FUENTE: Mejorado de Arias M. y Ramírez S.

**ANEXO N° 02**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**  
**GUIA DE CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PARA EVALUAR LAS**  
**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL CENTRO DE**  
**SALUD SAN JUAN BAUTISTA.**

Introducción

Buenos días, somos estudiantes de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga - Escuela Profesional de Enfermería, ante todo solicitamos su consentimiento para participar en la entrevista

El propósito de la entrevista es "programa educativo sobre apoyo de la familia y su influencia en la práctica de autocuidado del paciente diabético. Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho .2019". La información que se obtendrá será de carácter anónima y solo será para el uso de lo indicado; para lo cual solicito su colaboración y responder con la mayor sinceridad posible.

Instructivo Llenar los espacios en blanco y marcar con un aspa la respuesta que crea conveniente.

I Datos generales del paciente diabético:

- Edad.....
- Grado de instrucción del paciente: Marcar con (X)  
 Analfabeto ( ) Primaria: ( ) Secundaria: ( ) Superior: técnico ( ) universitario ( )
- Grado de parentesco del familiar cuidador (Marcar con X)  
 Esposa/o ( ) hija/o ( ) otro:(especifique)

Nº	MEDIDAS DE AUTOCUIDADO			
		No cumple	cumple parcialmente	Cumple en su totalidad
	<b>A. CONTROL MÉDICO</b>			
1	¿Acude al médico dos veces al año?			
2	¿Cumple con las indicaciones médicas?			
3	¿Lleva un control diario de glucosa o azúcar en sangre, o posee un hemoglucotest.?			
4	¿Toma solo medicamentos prescritos por su médico?			
5	¿Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad?			
6	¿Cumple con las pruebas de laboratorio de control por lo menos una vez al año?			
	<b>B. DIETA</b>			

7	¿Sigue la dieta indicada por su médico tratante?			
8	¿Consume diariamente frutas recomendadas?			
9	¿Consume diariamente verduras?			
10	¿Consume diariamente de 6 a 8 vasos de agua al día?			
11	¿Tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación?			
12	¿Controla su peso?			
13	¿Consume carbohidratos o dulces?			
	<b>C. EJERCICIOS</b>			
14	¿Tiene un programa de ejercicios de acuerdo a su enfermedad?			
15	¿Realiza ejercicios diarios por lo menos 30 minutos: caminar, correr?			
16	¿Evita hacer ejercicio intenso en ayuna o en niveles muy bajos de glucosa antes de empezar su rutina?			
	<b>D. CUIDADO DE PIES</b>			
17	¿Usa zapatos que le protegen la piel y no le causen lesiones: ¿ni ajustados, ni flojos? observar			
18	¿Utiliza medias de algodón y/o medias que no sean ajustadas o que tienen ligas? observar			
19	¿Revisa sus pies diariamente con la técnica correcta para evitar complicaciones?			
20	¿Asiste al podólogo para eliminar callosidades, corte de uñas? Observar			
21	¿Usa sandalias o andar descalzo?			
22	¿Utiliza cremas o jabones hidratantes para sus pies?			
23	¿Se seca los pies correctamente? observar			
24	¿Mantiene las uñas cortas de forma recta E. C?			
	<b>E. CONTROL OFTALMOLÓGICO</b>			
25	¿Acude al oftalmólogo por lo menos una vez al año?			
26	¿Utiliza los lentes en caso de prescripción médica?			
27	¿Mira la televisión a una distancia mínima de 2 metros?			

### CRITERIOS DE EVALUACION

#### Práctica de autocuidado

	Ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Control médico	Del 1 al 6	Deficiente 0-31 Regular 32-42 Bueno 43-54	0 no cumple 1 cumple parcialmente 2 cumple en su totalidad
dieta	De 7 al 13		
Ejercicios	Del 14 al 16		
Cuidado de pies	Del 17 al 24		
Control oftálmico	Del 25 al 27		

**ANEXOS N° 03**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo .....identificado con DNI

N° .....Domiciliado en .....

Distrito.....Región.....he tomado conocimiento del estudio titulado "PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE APOYO DE LA FAMILIA Y SU INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO .2019.

Y declaro participar como:

Informante

Participar en el ensayo clínico

En el programa de intervención

Y me comprometo a participar y dar la información fidedigna para el estudio arriba mencion, debido a que este acto no compromete mi integridad física, psicológica. Para dar conformidad a este acto firmo y estampo mi huella digital al pie.

Lugar y fecha.....

FIRMA Y HUELLA



## ANEXO N° 04

### CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

#### A. DE LOS PACIENTES

**TABLA N° 01: EDAD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE PARTICIPAN EN LA POBLACIÓN CONTROL Y DE INTERVENCIÓN, EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE “APOYO DE LA FAMILIA” EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2019.**

EDAD	POBLACION					
	INTERVENIDA		CONTROL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
41-50	4	13.3	5	16.7	9	30
51-59	8	26.7	3	10	11	36.7
Mayor de 60 años	3	10	7	23.3	10	33.3
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista realizada a los pacientes diabéticos que acuden al EE.SS.

En la tabla N° 01 se observa, que el 36.7% de pacientes tienen edades entre 51 a 59 años, el 33.3% tienen edades mayor a 60 años, mientras un 30% se encuentran entre 41 a 50 años.

**TABLA N° 02: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE PARTICIPAN EN LA POBLACIÓN CONTROL Y DE INTERVENCIÓN, EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE “APOYO DE LA FAMILIA” EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2019.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	POBLACIÓN					
	INTERVENIDA		CONTROL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
ANALFABETO	6	20	3	10	9	30
PRIMARIA	6	20	6	20	12	40
SECUNDARIA	3	10	6	20	9	30
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista realizada a los pacientes diabéticos que acuden al EE.SS.

En la tabla N° 02 se observa, que el 40% de los pacientes poseen el grado de instrucción de primaria, 30% poseen instrucción secundaria y analfabeto respectivamente.

## B.DE LA FAMILIA

**TABLA N° 03: EDAD DE LOS FAMILIARES, DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE PARTICIPAN EN LA POBLACIÓN CONTROL Y DE INTERVENCIÓN, EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE “APOYO DE LA FAMILIA” EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2019.**

EDAD	FAMILIA INTERVENIDA		FAMILIA CONTROL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
18-29	2	6.7	3	10	5	16.7
30-59	12	40	7	23.3	19	63.3
Mayor de 60	1	3.3	5	3.3	6	20
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista realizada a los familiares de los pacientes diabéticos.

En la tabla N° 03 se evidencia que el 63.3% de los familiares que participaron en el programa poseen edades entre 30 y 59 años, 20% es mayor de 60 años y 16.7% poseen edades entre 18 y 29 años.

**TABLA N° 04: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS FAMILIARES, DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE PARTICIPAN EN LA POBLACIÓN CONTROL Y DE INTERVENCIÓN, EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE “APOYO DE LA FAMILIA” EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2019.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FAMILIA INTERVENIDA		FAMILIA CONTROL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SIN INSTRUCCIÓN	1	3.3	1	3.3	2	3.7
PRIMARIA	5	16.7	6	20	11	36.7
SECUNDARIA	7	23.3	6	20	13	43.3
SUPERIOR	2	6.7	2	6.7	4	13.3
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista realizada a los familiares de los pacientes diabéticos.

En la tabla N° 04, se observa, que el 43% de los familiares de los pacientes diabéticos poseen instrucción secundaria, 36.7% primaria, 13.3% poseen instrucción superior y 3.7% son familiares sin instrucción.

**TABLA N° 05: GRADO DE PARENTESCO DE LOS FAMILIARES, DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE PARTICIPAN EN LA POBLACIÓN CONTROL Y DE INTERVENCIÓN, EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE “APOYO DE LA FAMILIA” EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2019.**

GRADO DE PARENTESCO	FAMILIA INTERVENIDA		FAMILIA CONTROL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
ESPOSA/O	6	20	7	23.3	13	43.3
HIJA/O	9	30	7	23.3	16	53.3
OTROS	0	0	1	3.3	1	3.3
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista realizada a los familiares de los pacientes diabéticos.

En la tabla N° 05 se observa el grado de parentesco de los familiares, en ese sentido el 53.3% son hijas o hijos de los pacientes diabéticos, 43.3% tienen la condición de esposa(o) y 3.3% pertenecen a otros.

ANEXO N° 05

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE  
HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



PROGRAMA EDUCATIVO “APOYO DE LA FAMILIA” EN LOS PACIENTES  
DIABÉTICOS

Autoras

QUISPE CARBAJAL, Odín

ROJAS PACHECO, Flor Nila

AYACUCHO-PERÚ

2019

## PROGRAMA EDUCATIVO

### ANTECEDENTES

El autocuidado y el apoyo familiar en el paciente diabético son indispensables para que así el paciente aprenda a sobrellevar la enfermedad hasta agotar los últimos recursos (psicológico, moral, económico) necesarios que impliquen el bienestar del mismo.

Es beneficioso para la UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA, porque servirá para implementación de este programa en otros centros de salud y a su vez quedará como constancia del sacrificio de nuestro estudio investigativo; mostrando la realidad existente con los pacientes diabéticos, que acuden al centro de Salud San Juan Bautista y por ende se mostrará la calidad de profesionales que cada año egresan de este centro superior de estudios.

El programa educativo elaborado permitirá reforzar los conocimientos para nuestra formación profesional, los mismo que nos servirá como sustento teórico – práctico basado en nuestras experiencias ante el presente estudio investigativo.

Se contará con los recursos necesarios, como los humanos, materiales y económicos propios de nuestra autoría, con los cuales nos permitirá llegar hacia los pacientes diabéticos y sus familiares que acuden al Centro de Salud San Juan Bautista.

### OBJETIVO GENERAL

El objetivo general es:

Capacitar al usuario y familiares para que logren conocimientos y prácticas sobre cuidados diabéticos, para prorrogar la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida; mediante la implementación del programa educativo sobre el “apoyo familiar” y su influencia en la práctica de autocuidado del paciente diabético. Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho .2019.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Paciente y familiares identifica las formas de cuidado de los pies.
- Paciente y familiares elaboran la rutina de ejercicios de acuerdo a su estado físico.
- Paciente y familiares identifica y consumen alimentos en bajo contenido de azúcares.
- Paciente y familiares identifican y distinguen los signos y síntomas en hiperglicemia e hipoglucemia.

- Pacientes y familiares identifican y previenen complicaciones de manera oportuna.
- Lograr obtener y mantener conductas que lleven a un óptimo manejo de la vida con la enfermedad.

#### ACTIVIDADES

- Se procedió a ejecutar programa educativo planteado en el área de consulta externa del Centro de Salud San Juan Bautista, de la Ciudad de Ayacucho. También se impartió educación respectiva utilizando una ayuda didáctica denominada rotafolios, el mismo que contendrá los temas a tratar en el programa educativo, además se facilitó tanto a los pacientes como a sus familiares un tríptico el mismo que tendrá la temática a tratar.

#### ESTRATEGIAS

- Se sensibilizo a los pacientes y a sus familiares sobre que es estilo de vida deben llevar a pesar de mantener esta enfermedad.
- Difusión de temas de apoyo familiar en el autocuidado del paciente diabético en materiales audio visuales, pancartas, gigantografía.
- Guía de observación sobre alimentación, higiene de los pies, ejercicios y recreación en base a la diabetes.
- Visitas domiciliarias a los pacientes con diabetes.

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Setiembre	noviembre
	4 semanas (del 15 de setiembre al 15 de octubre)	4 semanas (del 15 de octubre al 15 de noviembre )
<b>La diabetes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición</li> <li>• Características</li> <li>• Signos, síntomas y complicaciones</li> <li>• Tratamiento</li> </ul>	—————>	
<b>Autocuidado</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto administración de la insulina inyectable</li> <li>• Auto tomas de la presión arterial</li> <li>• Cuidado de los pies</li> </ul>	—————>	
<b>Dieta del paciente diabético</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía nutricional para diabéticos</li> <li>• Ejercicios físicos del paciente diabético</li> </ul>		—————>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rol del cuidador del paciente diabético</li> <li>• Actividades que permiten la participación familiar</li> <li>• Participación de la familia en el control del paciente diabético</li> </ul>		—————>

## SESIONES EDUCATIVAS CON ENFOQUE FAMILIAR

### I. ASPECTOS GENERALES

TEMA: Sesión educativa de sensibilización del paciente diabético y familia

FECHA: 15 de setiembre

DURACIÓN: 30 minutos

HORA: 08:00 am

LUGAR: Auditorio del Centro de Salud San Juan Bautista.

RESPONSABLES: Odín Quispe Carbajal

Flor Nila Rojas Pacheco

POBLACIÓN OBJETIVO: Pacientes diabéticos y familiares

II OBJETIVO: Sensibilizar a los pacientes y familiares sobre el autocuidado del paciente diabético.

Socializar sobre las prácticas correctas de autocuidado de paciente diabético.

III METODOLOGIA: Constructivista – interactiva

### IV BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública “guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención”, Lima - Perú 2015
- Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública “guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención” ,1ra. Edición, Lima - Perú 2016
- Ministerio de salud dirección general de salud de las personas “guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2” lima-Perú 2014



## V. DESARROLLO DE LA SESIÓN

Proceso de los momentos	Objetivos	Desarrollo de los procesos pedagógicos de aprendizaje	Metodología	Medios y materiales	Duración
<b>I N I C I O</b>	Presentación de las educadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se creó un ambiente de confianza con los participantes</li> <li>➤ Se informó sobre la estructura metodológica del programa educativo</li> </ul>	Exposición Dialogo		5 min
<b>D E S A R R O L L O</b>	Medir conocimientos y actitudes del familiar y del paciente diabético antes del desarrollo del programa educativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se aplicó el instrumento a los familiares y al paciente diabético</li> </ul>		Bolígrafos Guía de entrevista estructurada	15min
	Motivar a los participantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se reprodujo un video de acuerdo al contenido temático</li> </ul>		Data Laptop	3min
	Socializar la definición de la diabetes	Es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.	Dinámica Grupal:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de diapositivas.</li> </ul>	

Socializar los factores de riesgo de la diabetes.	<p>Factores de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antecedentes familiares de Diabetes</li> <li>2. Sobrepeso</li> <li>3. Dieta no saludable</li> <li>4. Inactividad física</li> <li>5. Edad avanzada</li> <li>6. Presión arterial alta</li> <li>7. Antecedentes de Diabetes gestacional</li> <li>8. Mala nutrición durante el embarazo</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lluvia de ideas.</li> <li>• Exposición</li> <li>• Diálogo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparencia.</li> <li>• Entrega de folletos</li> <li>• Presentación de tarjetas y figuras.</li> <li>• Preguntas y Respuestas.</li> </ul>	20min
Interiorizar los Signos y síntomas de la diabetes.	<p>Depende de la etapa en la que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Asintomáticos: Son aquellas personas con DM-2 que no advierten los síntomas clásicos.</li> <li>2) Sintomáticos: Los síntomas clásicos son poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso; adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito.</li> </ol>			
Sensibilizar acerca de las Complicaciones de la diabetes	<ol style="list-style-type: none"> <li>A) Complicaciones agudas <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Hipoglucemia.</b> se define como una concentración de glucosa menor de 70 mg/dl, con o sin síntomas. Si es prolongada puede producir daño cerebral y hasta podría ser mortal. .</li> <li>➤ <b>Crisis hiperglucemia</b> se definen como todos aquellos episodios que cursan con elevadas concentraciones plasmáticas de glucosa generalmente mayor de 250 mg/dl.</li> </ul> </li> <li>B) Complicaciones Crónicas</li> </ol>			

		<p>b.1) Pie diabético: Es el trastorno ulcerativo de los pies y extremidades inferiores, las cuales se producen por una distribución anormal de la presión debido al daño ocasionado en los nervios y arterias periféricas del pie por la hiperglucemia sostenida. Esto conlleva a una disminución en la sensibilidad y en el flujo sanguíneo, lo que se traduce en falta de oxigenación y el consiguiente daño tisular el cual evoluciona hacia un proceso ulcerativo y/o necrotizante que puede concluir con la amputación del área afectada.</p> <p>b.2) Retinopatía diabética: es causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo de ojo. Estos vasos sanguíneos debilitados pueden dejar salir líquido o sangre, formar ramas frágiles en forma de cepillo y agrandarse en ciertos lugares. Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina, la imagen enviada al cerebro se hace borrosa.</p> <p>b.3) Nefropatía diabética: La nefropatía diabética es una complicación de la diabetes mellitus producto de la hiperglicemia sostenida a través del tiempo (10 a 15 años). La nefropatía suele acelerar su aparición si la persona es hipertensa.</p>			
	<p>Interiorizar el Tratamiento de la diabetes</p>	<p>1) Manejo no farmacológico. Las personas con diagnóstico reciente de diabetes, asintomático, estable, sin complicaciones, y según criterio médico, deben iniciar solamente con cambios en los estilos de vida previos al inicio de terapia farmacológica por un lapso de 3 – 4 meses.</p> <p>El tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.</p>			

		<p>La alimentación juega un papel de gran importancia en el control y en la prevención de la diabetes. Una alimentación adecuada, mantener el peso ideal y practicar habitualmente ejercicio físico resulta fundamental para prevenir o controlar el aumento del nivel de azúcar en la sangre. Es importante que la persona diabética acuda al médico o dietista para que le facilite una dieta adecuada para su persona.</p> <p>2) Manejo farmacológico: El tratamiento de la DM-2 en el primer nivel de atención se iniciará con medicamentos orales de primera línea considerados: metformina o glibenclamida. Si no existiera contraindicación, empezar con metformina.</p>			
<b>C I E R R E</b>	Evaluar a los participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se realizó una rueda de preguntas por parte de los expositores y participantes</li> </ul>	Dinámica Grupal: Lluvia de ideas. Exposición Diálogo.		5min

## SESIONES EDUCATIVAS CON ENFOQUE DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO

### I. ASPECTOS GENERALES

TEMA: Sesión educativa de autocuidado diabético

FECHA: 23 de setiembre

DURACIÓN: 30 minutos

HORA: 08:00 am

LUGAR: Auditorio del Centro de Salud San Juan Bautista.

RESPONSABLES: Odín Quispe Carbajal

Flor Nila Rojas Pacheco

POBLACIÓN OBJETIVO: Pacientes diabéticos y familiares

II OBJETIVO: Socializar sobre las prácticas correctas de autocuidado de paciente diabético para evitar posibles complicaciones.

La educación al paciente diabético Tiene por objetivo brindar conocimientos y destrezas que permiten al paciente diabético participar en su autocuidado colaborando de esa manera permanentemente con el equipo de salud que lo atiende.

III METODOLOGIA: Constructivista – interactiva

### IV BIBLIOGRAFÍA

- M, Montes de Oca R, Hernández O. La familia en el cuidado de la salud. Revista Médica Electrón. 2014. Asociación Americana de Diabetes: estándares de atención médica. En Diabetes 2015 (Posicionamiento). Cuidado de la diabetes 2015. Disponible en <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2016/06/educacion-en-diabetes.pdf>
- Abellán J, Sainz P, Ortín E (2010). Ejercicio físico en el personal diabético. En: Guía para la prescripción de ejercicio físico en persona1s con riesgo cardiovascular. Sociedad Española de Hipertensión. Madrid. pp 47-55

## V. DESARROLLO DE LA SESIÓN

Proceso de los momentos	Objetivos	Desarrollo de los procesos pedagógicos de aprendizaje	Metodología	Medios y materiales	Duración
<b>I N I C I O</b>	Presentación de las educadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se creó un ambiente de confianza con los participantes</li> <li>➤ Se realizó dinámica rompe hielo</li> </ul>	Exposición Dialogo		5 min
<b>D E S A R R O L L O</b>	Motivar a los participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se reprodujo un video de acuerdo al contenido temático</li> </ul>		Data Laptop	3min
	Recordar la Definición de la diabetes Socializar sobre las prácticas correctas de autocuidado de paciente diabético	Es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.	Dinámica Grupal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lluvia de ideas.</li> <li>• Exposición Diálogo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de diapositivas.</li> <li>• Entrega de folletos</li> <li>• Presentación de tarjetas y figuras.</li> </ul>	2min
		A) Control Médico Cada seis meses o un año debe realizarse una anamnesis, una exploración física completa y una determinación analítica, para valorar la existencia de			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de diapositivas.</li> </ul>

		complicaciones. También debe realizarse una valoración de los objetivos de control y del plan terapéutico y adaptarlo si es preciso. <sup>45</sup>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega de folletos.</li> <li>• Preguntas y Respuestas.</li> </ul>	
		<p>B) Cuidado dietético</p> <p>Tiene por objetivo mantener el nivel de la glucosa normal durante todo el día. Mantener el peso corporal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan de alimentación del diabético debe enfocarse en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas.</li> <li>• Debe ser fraccionado. Los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación, almuerzo, colación, comida o cena y colación nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche).</li> <li>• La sal deberá consumirse en cantidad moderada y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal)</li> <li>• No es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas. El exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales o insulina.</li> <li>• Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los</li> </ul>	<p>Dinámica Grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lluvia de ideas.</li> </ul> <p>Exposición Diálogo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de diapositivas.</li> </ul>	5min

		<p>requerimientos nutricionales diarios. Es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los jugos pueden tomarse como sobremesa pero nunca para calmar la sed.</li> <li>• Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble. Dietas con alto contenido de fibra especialmente soluble (50 g/día).</li> <li>• Se recomienda Comer alimentos variados: frutas frescas, verdura, pescado, carne, huevos.</li> <li>• Se debe disminuir la ingesta de carbohidratos tales como pan, cereales, arroz y pastas; porque se digieren más rápido que otros alimentos y se convierten con prontitud en glucosa.</li> <li>• Se recomienda reducir el consumo de grasas de origen animal ya que contienen muchas calorías. Consumir de preferencia proteínas de origen no animal.</li> <li>• El consumo de fibras tales como leguminosas, avena y algunas frutas, vegetales, pan y cereales integrales ayuda a disminuir la glucosa y los lípidos en la sangre.</li> <li>• Es importante consumir alimentos en un horario determinado, para evitar complicaciones como la hipoglucemia.</li> </ul>			
		<p>C) Ejercicio físico</p> <p>El ejercicio es importante para el tratamiento de la diabetes debido a que disminuye los niveles de glucosa en sangre, así como los factores de riesgo cardiovasculares.</p>	<p>Dinámica Grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lluvia de ideas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de diapositivas.</li> </ul>	5min



		<p>El ejercicio deberá cumplir con las siguientes metas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A corto plazo, cambiar el hábito sedentario, mediante caminatas diarias al ritmo del paciente.</li> <li>• A mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez.</li> <li>• A largo plazo, aumento en frecuencia e intensidad, conservando las etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Se recomienda el ejercicio aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etcétera)</li> </ul> <p>Está contraindicada la actividad física en pacientes descompensados, ya que el ejercicio empeora el estado metabólico.</p> <p>Los adultos de 18 a 64 años deben dedicar como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada como caminar, bailar, trotar, nadar, etc.</p> <p>La actividad aeróbica se practicará en forma progresiva iniciando con sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo. Dos veces o más por semana se debe realizar actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.</p> <p>Se debe advertir a la persona sobre el riesgo de hipoglucemia durante la práctica del ejercicio físico sobre todo en personas que usan insulina, quienes deberán consumir una ración de carbohidratos extra si el nivel de glucosa previo al ejercicio es menor de 100 mg/dl.</p>	Exposición Diálogo		
--	--	---	-----------------------	--	--

		<p>D) Cuidado de los pies</p> <p>Recomendaciones para la atención de un pie diabético: A los pacientes de riesgo (ancianos y aquellos que tienen mala circulación), se les recomienda los siguientes cuidados rutinarios de los pies:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cada día, los pies deben ser lavados en agua a temperatura ambiente. Se deben secar con meticulosidad entre los dedos).</li> <li>➤ Se debe cortar las uñas de los pies una vez por semana, el corte de uñas debe ser recta siguiendo el contorno del dedo y procurando que no queden demasiado cortas.</li> <li>➤ Los pies se deben inspeccionar con frecuencia, buscando detenidamente zonas resacas y fisuras en la piel, signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades, úlceras; se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga. sobre todo, alrededor de las uñas y en los espacios interdigitales. Deben espolvorearse con talco si la piel está húmeda, o recubrirse con crema hidratante, si la piel está seca.</li> <li>➤ Si se tiene la piel seca, se debe untar crema lubricante después de lavarse los pies y secarlos. No se debe poner crema lubricante entre los dedos de los pies.</li> <li>➤ Si aparecen ampollas o infecciones, debe consultarse inmediatamente al médico.</li> </ul>	<p>Dinámica Grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lluvia de ideas.</li> </ul> <p>Exposición Diálogo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de diapositivas.</li> </ul>	<p>5min</p>
--	--	---	--	---	-------------

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los zapatos deben ajustar bien (sin apretar) y ser confortables, dejando espacio para que los dedos descansen en su posición natural.</li> <li>➤ Los zapatos nuevos deben calzarse progresivamente, cada vez durante un tiempo un poco más largo.</li> <li>➤ Se deben utilizar calcetines de algodón o lana, mejor que de nylon.</li> <li>➤ Caminar con los pies descalzos es peligroso, ya que una pequeña herida puede tardar mucho en curarse.</li> <li>➤ Dejar de fumar. El tabaco es muy perjudicial para los diabéticos, porque produce vasoconstricción.</li> <li>➤ Otro aspecto de la prevención, es el diseño de calzado a medida para los diabéticos con pies muy vulnerables. Estos zapatos deben estar diseñados para redistribuir las fuerzas que soporta el pie.</li> </ul>			
		<p>E) Cuidado Oftalmológico</p> <p>Se debe consultar frecuentemente al oftalmólogo, porque permite el diagnóstico precoz de retinopatía. Mínimo una vez cada año, para detectar lo antes posible las complicaciones y tratarlas inmediatamente y evitar problemas graves<sup>28</sup></p>	<p>Dinámica Grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lluvia de ideas.</li> </ul> <p>Exposición Diálogo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de diapositivas.</li> </ul>	2min

<b>C I E R R E</b>	Evaluación	➤ Se realizó una rueda de preguntas por parte de los expositores y participantes	Dinámica Grupal: Lluvia de ideas. Exposición Diálogo.		5min
--	------------	--	---	--	------

## SESIÓN DEMOSTRATIVA Y PARTICIPATIVA DE EJERCICIOS

### I. ASPECTOS GENERALES

TEMA: Sesión de ejercicio

FECHA DE INICIO: 18 de setiembre

FECHA DE CULMINACION: 17 de noviembre.

DÍAS DE EJERCICIOS: Miércoles y sábados

DURACIÓN DE EJERCICIOS: 30 minutos

HORA DE INICIO: 4.00PM

HORA DE TERMINO: 5.00PM

LUGAR: Patio del Centro de Salud San Juan Bautista.

RESPONSABLES: Odín Quispe Carbajal

Flor Nila Rojas Pacheco

POBLACIÓN OBJETIVO: Pacientes diabéticos y familiares

II OBJETIVO: Mejorar el estado de salud del paciente diabético y crear un hábito de ejercicios.

Realizar los ejercicios de acuerdo al estado de salud y edad del paciente diabético.

III METODOLOGIA: Constructivista – interactiva

IV BIBLIOGRAFÍA:

- Abellán J, Sainz P, Ortín E (2010). Ejercicio físico en el personal diabético. En: Guía para la prescripción de ejercicio físico en persona1s con riesgo cardiovascular. Sociedad Española de Hipertensión. Madrid. pp 47-

## V. DESARROLLO DE LA SESIÓN

Proceso de los momentos	objetivo	Desarrollo de los procesos pedagógicos de aprendizaje	Metodología	Medios y materiales	Duración
<b>I N I C I O</b>	Presentación de las educadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se creó un ambiente de confianza con los participantes</li> <li>➤ Se Realizó dinámica rompehielo</li> <li>➤ Se informó sobre la estructura de los ejercicios</li> <li>➤ Recalcar la importancia y duración de los ejercicios</li> </ul>	Exposición Dialogo		5 min
<b>D E S A R R O L L O</b>	Mejorar el estado de salud del paciente diabético y crear un hábito de ejercicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estiramiento y calentamiento de los músculos</li> <li>➤ Se realizó de sesiones de respiración:3 ejercicios de respiración por 5 repeticiones.</li> <li>➤ Se realizó la demostración de los ejercicios</li> <li>➤ Se realizó los ejercicios en forma conjunta 10 ejercicios diferentes por 10 repeticiones</li> </ul>	Expositiva y demostrativa Dinámica grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de sonido</li> <li>• Usb con músicas escogidas</li> <li>• Toallas</li> </ul>	30min

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se realizó bailoterapia</li> <li>➤ Se realizó risoterapia.</li> </ul> <p>Finalmente concluimos con ejercicios de respiraciones y con un fuerte brazo cada una siempre recalcando que cada paciente valen mucho.</p>	Expositiva y demostrativa Dinámica grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de sonido</li> <li>• Usb con músicas escogidas</li> <li>• toallas</li> </ul>	10min
<b>C I E R R E</b>	Socializar la importancia de la hidratación después de cada ejercicio	<p>Hidratación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se socializó la importancia de la hidratación después de los ejercicios.</li> <li>➤ Se le brindó agua pura o agua de refresco sin dulce</li> </ul>	Dinámica Grupal	Agua o refrescos	5min

## SESION DEMOSTRATIVA Y PARTICIPATIVA DE AUTOCUIDADO DE LOS PIES

### I. ASPECTOS GENERALES

TEMA: Sesión demostrativa de autocuidado de los pies del paciente diabético

FECHA: 14 de octubre

DURACIÓN: 30 minutos

HORA: 08:00 am

LUGAR: Patio del Centro de Salud San Juan Bautista.

RESPONSABLES: Odín Quispe Carbajal

Flor Nila Rojas Pacheco

POBLACIÓN OBJETIVO: Pacientes diabéticos y familiares

II OBJETIVO: Socializar sobre las prácticas correctas de autocuidado de los pies del paciente diabético para evitar posibles complicaciones como el pie diabético.

- Brindar conocimientos y destrezas que permiten al paciente diabético participar en su autocuidado colaborando de esa manera permanentemente con el equipo de salud que lo atiende.
- Lograr que el paciente diabético lave, seque y revise sus pies adecuadamente.

III METODOLOGIA: constructivista – interactiva

### IV BIBLIOGRAFÍA

- M, Montes de Oca R, Hernández O. La familia en el cuidado de la salud. Revista Médica Electrón. 2014.
- Asociación Americana de Diabetes: estándares de atención médica. En Diabetes 2015 (Posicionamiento). Cuidado de la diabetes 2015. Disponible en <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2016/06/educacion-en-diabetes.pdf>



## V. DESARROLLO DE LA SESIÓN

	Proceso de los momentos	Desarrollo de los procesos pedagógicos de aprendizaje	Metodología	Medios y materiales	Duración
<b>I N I C I O</b>	Presentación de las educadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se creó un ambiente de confianza con los participantes</li> <li>➤ Se realizó dinámica rompehielo</li> <li>➤ Se recalcó la importancia y duración de los ejercicios</li> </ul>	Exposición Dialogo		5 min
<b>D E S A R R O L L O</b>	Demostrar el lavado, secado y revisión de los pies correctamente	<p>Se alistó todos los materiales para la sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Colocó en una tina, agua a temperatura ambiente, cuya temperatura ha sido probada previamente con la mano.</li> <li>➤ Se solicitó la participación de uno de los pacientes para la demostración.</li> <li>➤ El paciente se sienta y se le introduce los pies en la tina con agua.</li> <li>➤ Luego se deben secar con meticulosidad, prestando una atención especial a los espacios interdigitales (entre los dedos).</li> <li>➤ Se corta las uñas de los pies, cuando estén suaves después de remojar en agua, el corte de uñas debe ser recta siguiendo el contorno del dedo y procurando que no queden demasiado cortas. No cortar las orillas porque podría cortarse la piel. Si las esquinas quedan</li> </ul>	Expositiva y demostrativa Dinámica grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tina</li> <li>• Agua tibia</li> <li>• Corta uñas</li> <li>• Cremas hidratantes</li> <li>• espejo</li> <li>• Toallas</li> </ul>	30min

		<p>filosas, pueden causar una herida que puede infectarse. Limarse las uñas con una lima de cartón.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los pies se deben inspeccionar con frecuencia, buscando detenidamente zonas resacas y fisuras en la piel, signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades, úlceras; se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga. sobre todo, alrededor de las uñas y en los espacios interdigitales.</li> <li>➤ Si se tiene la piel seca, se debe untar crema lubricante después de lavarse los pies y secarlos. No se debe poner crema lubricante entre los dedos de los pies.</li> </ul> <p>Finalmente se realiza la sesión en forma conjunta y supervisada, los familiares deben lavar los pies de los pacientes como se le ha indicado y demostrado, deben participar activamente.</p>			
		<p>. Recomendaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Zapatos deben ajustar bien (sin apretar) y ser confortables, dejando espacio para que los dedos descansen en su posición natural.</li> <li>➤ Utilizar calcetines de algodón o lana, mejor que de nylon.</li> <li>➤ Caminar con los pies descalzos es peligroso, ya que una pequeña herida puede tardar mucho en curarse.</li> </ul>	Expositiva		5min

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dejar de fumar. El tabaco es muy perjudicial para los diabéticos, porque produce vasoconstricción.</li> </ul>			
<b>C I E R R E</b>	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se recuerda como es el lavado, secado y revisión de los pies correctamente</li> </ul>	Expositiva Dialogo		5 min
	Agradecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se le agradeció a los pacientes y familiares por su participación activa durante la sesión.</li> </ul>	Expositiva		2min

## SESIÓN DEMOSTRATIVA CON ENFOQUE FAMILIAR

### I. ASPECTOS GENERALES

TEMA: Sesión demostrativa sobre la alimentación saludable del paciente diabético

FECHA: 30 de setiembre ,11 y 25 de octubre.

DURACIÓN: 45 minutos

HORA: 08:00 am

LUGAR: Puerta principal del Centro de Salud San Juan Bautista.

RESPONSABLES: Odín Quispe Carbajal

Flor Nila Rojas Pacheco

POBLACIÓN OBJETIVO: Pacientes diabéticos y familiares

II OBJETIVO: Los pacientes y familiares conozcan las bases de una alimentación adecuada para los pacientes diabéticos y así participen en la elaboración de estos.

III METODOLOGIA: Constructivista – interactiva

### IV BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública “guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención”, Lima - Perú 2015
- Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública “guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención” , 1ra. Edición, Lima - Perú 2016

## V. DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Proceso de los momentos	Objetivos	Desarrollo de los procesos pedagógicos de aprendizaje	Metodología	Medios y materiales	Duración
I N I C I O	Presentación de las educadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se crear un ambiente de confianza con los participantes</li> <li>➤ Se enfatiza la importancia de la alimentación saludable y adecuada de un paciente diabético.</li> </ul>	Exposición Dialogo		5 min
D E S A R R O L L O	Demostración, preparación y degustación de alimentos bajos en calorías.	<p>Se preparó todos los materiales para la sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se elaboró un plan de alimentación para los pacientes enfocándose en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. De manera que debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica (embarazo, etcétera), actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.</li> <li>• Debe ser fraccionado.</li> <li>• La sal deberá consumirse en cantidad moderada y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal)</li> </ul>	Expositiva y demostrativa Dinámica grupal	Mesa Refresco de chicha morada (manzana , naranja , tomate, mandarina, lima dulce,) Verduras variadas( apio, perejil, kion, espinaca, lechiga , zanahoria, betarraga, pepino,etc) Pollo Lenteja	30min

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las infusiones como café, té y mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente.</li> <li>• Es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo.</li> <li>• Se prohíbe el consumo de los siguientes alimentos: azúcar, frutas como: mango, uva, sandía; bebidas alcohólicas, gaseosas, néctares; los dulces como: tortas, golosinas, caramelos etc.</li> <li>• Se procede a la preparación de los alimentos</li> <li>• Se procede a la degustación</li> </ul>		Arveja partida Arroz Papa Huevo Avena Leche Licuadora. Cocina Agua	
<b>C I E R R E</b>	Retroalimentación	➤ Se enfatiza la importancia de comer alimentos bajos en carbohidratos.	Expositiva Diálogo		5 min
	Agradecimiento	➤ Se le agradeció a los pacientes y familiares por su participación activa durante la sesión.	Expositiva		2min