

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**ESCUELA DE POSTGRADO**



**EFFECTIVIDAD 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**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN EDUCACIÓN,  
MENCIÓN EN DIDÁCTICA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR**

**AUTOR:**

Anné Lúdima Deza Távara

**ASESOR:**

Ms. Walter Oswaldo Rebaza Vásquez

**Trujillo, octubre 2015**

**N°de Registro.....**

## **DEDICATORIAS:**

### **A DIOS**

Por darme su bendición, la luz y la fuerza para culminar una meta más en mi carrera profesional.

### **A MI ESPOSO**

Por su optimismo que siempre me impulsa a seguir adelante, por su amor, su cariño y paciente espera para que pudiera terminar el grado, son evidencia de su gran amor. ¡Gracias!

### **A MIS PADRES Y A MI SUEGRA**

Por su gran ejemplo, de superación y valioso apoyo en todo momento del desarrollo de mi tesis.

## **AGRADECIMIENTO**

El más profundo agradecimiento a los profesores de la sección de postgrado de Educación, especialmente a mi asesor el Ms. Walter Oswaldo Rebaza Vásquez, por su asesoría siempre dispuesta

A quienes orientaron y guiaron con éxito la culminación de la maestría y también aquellos que facilitaron los medios educativos para el desarrollo y culminación de la tesis.

De manera especial al Hospital I Florencia de Mora Es Salud y a todos los pacientes que estuvieron dispuestos a colaborar, por su comprensión y estima durante el tiempo que duró la aplicación del programa educativo.

Finalmente, a los familiares y amistades que estuvieron brindando su apoyo y fortaleza para superar los obstáculos presentados y de esta manera alcanzar la meta ser una profesional competente y útil a la sociedad.

**LA AUTORA**

## RESUMEN

El propósito del presente trabajo de investigación fue demostrar que la aplicación de un programa educativo mejora el nivel de conocimientos en Diabetes Mellitus tipo II de los pacientes diabéticos. Por ello, se planteó el siguiente problema ¿En qué medida un Programa Educativo mejora sobre el conocimiento de la diabetes mellitus, en pacientes diabéticos tipo II 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 a regular 34.3% y bueno 65.7%, en el post test. Se concluye que el programa educativo participativo, si mejora significativamente el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos tipo II del consultorio N<sup>a</sup> 18 pertenecientes al Hospital I Florencia de Mora, de la Ciudad de Trujillo, 2015.

## **ABSTRACT**

The purpose of this research was to demonstrate that the implementation of an educational program improves the level of knowledge in Diabetes Mellitus type II diabetic patients. Therefore, the following problem arose what extent an educational program improves knowledge about diabetes mellitus in type II diabetic patients of the Hospital I Florencia de Mora - Trujillo, 2015? The quasi-experimental design was used in a group, with observations before and after the stimulus applied. The results showed that the level of knowledge before program implementation is poor by 100%, and then the design and implementation of the program allowed to develop the level to regulate and good 34.3% 65.7% in the post test. It is concluded that participatory education program, if it significantly improves the level of knowledge of type II diabetic patients belonging to 18 office N° I Florencia de Mora Hospital, City of Trujillo, 2015.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>RESUMEN</b>	iv
<b>ABSTRACT</b>	v
<b>ÍNDICE</b>	vi
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	11
1.1. Antecedentes del problema	11
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Objetivos y naturaleza del estudio	13
1.4. Formulación de hipótesis	14
1.5. Justificación del trabajo	14
1.6. Limitaciones del trabajo	15
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	16
2.1. Programa educativo	16
2.1.1. Definición	16
2.2 Educación participativa	16
2.1.1. Definición	16
2.1.2. Siete pasos para la planificación o diseño de una sesión educativa	17
2.1.3. Primer paso: analizar las características de los participantes (QUIENES)	17
2.1.4. Segundo paso: analizar por qué se necesita realizar el taller (Por qué)	18
2.1.5. Tercer paso: definir el tiempo (CUÁNDO)	18
2.1.6. Cuarto paso: decidir el lugar (DÓNDE)	19
2.1.7. Quinto paso: establecer los objetivos (PARA QUÉ)	19
2.1.8. Sexto paso: seleccionar los contenidos (QUÉ)	20
2.1.9. Séptimo paso: establecer el conjunto de tareas y materiales (CÓMO)	20
2.3. Tareas inductivas	21

2.4 Tareas de input	22
2.5. Tareas de implementación	22
2.6. Tareas de integración	23
2.7. Diabetes	24
2.7.1. Definición	24
2.7.2 Tipos de diabetes sacarina	24
2.7.2. Criterios diagnósticos de DM 2	24
2.7.3. Complicaciones:	25
2.7.3.1. Retinopatía diabética	25
2.7.3.2. Nefropatía	25
2.7.3.3. Neuropatía	25
2.7.3.4. Enfermedades cardiovasculares	25
2.8. Educación diabetológica	26
<b>3. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>26</b>
3.1. Material	26
3.1.1. Población diana	26
3.1.2 Población - muestral	26
3.1.3. Unidad de análisis	27
3.2. Métodos	27
3.2.1. Tipo de estudio	27
3.2.2. Diseños de investigación	27
3.2.3. Variables	28
3.2.4. Operativización de las variables	29
3.2.4. Instrumentos de recolección de datos	30
3.2.5. Recolección y análisis estadísticos de datos	32
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>5. DISCUSIÓN</b>	<b>44</b>
<b>6. PROPUESTA</b>	<b>47</b>
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>52</b>

<b>8. RECOMENDACIONES</b>	53
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	54
<b>10. ANEXOS</b>	57
ANEXO N° 1: Datos generales	58
ANEXO N° 2: Consentimiento informado	59
ANEXO N° 3: Test de autoevaluación	60
ANEXO N° 4: Programa educativo para diabéticos tipo II	66

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

### TABLAS

<b>Tabla N° 01:</b> Distribución de pacientes diabéticos tipo II por grupos de edades según el sexo.	34
<b>Tabla N° 02:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II según escolaridad	35
<b>Tabla N° 03:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II según el nivel de conocimientos	36
<b>Tabla N° 04:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II por el nivel de conocimientos según las concepciones sobre la diabetes mellitus (dimensión 1)	37
<b>Tabla N° 05:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II por el nivel de conocimientos según los aspectos sobre hipoglicemia e hiperglicemia (dimensión 2)	38
<b>Tabla N° 06:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II por el nivel de conocimientos según el tratamiento no farmacológico de la diabetes (dimensión 3)	39
<b>Tabla N° 07:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II por el nivel de conocimientos según el tratamiento farmacológico de la diabetes (dimensión 4)	40
<b>Tabla N° 08:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II por el nivel de conocimientos según el control metabólico y complicaciones a largo plazo (dimensión 5)	41
<b>Tabla N° 09:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II por el nivel de conocimientos según el manejo psicológico (dimensión 6)	42

### GRÁFICOS

<b>Gráfico N° 01:</b> Distribución de pacientes diabéticos tipo II por grupos de edades según el sexo.	34
<b>Gráfico N° 02:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II según escolaridad	35

<b>Gráfico N° 03:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II según el nivel de conocimientos	36
<b>Gráfico N° 04:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II por el nivel de conocimientos según las concepciones sobre la diabetes mellitus (dimensión 1)	37
<b>Gráfico N° 05:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II por el nivel de conocimientos según los aspectos sobre hipoglicemia e hiperglicemia (dimensión 2)	38
<b>Gráfico N° 06:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II por el nivel de conocimientos según el tratamiento no farmacológico de la diabetes (dimensión 3)	39
<b>Gráfico N° 07:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II por el nivel de conocimientos según el tratamiento farmacológico de la diabetes (dimensión 4)	40
<b>Gráfico N° 08:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II por el nivel de conocimientos según el control metabólico y complicaciones a largo plazo (dimensión 5)	41
<b>Gráfico N° 09:</b> Distribución de los pacientes diabéticos tipo II por el nivel de conocimientos según el manejo psicológico (dimensión 6)	42

## **1. INTRODUCCIÓN:**

### **1.1. Antecedentes del problema**

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica no contagiosa más frecuente del mundo, que aparece cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Es la causa de muerte en la mayoría de países de ingresos altos y hay pruebas sólidas de que tiene dimensiones epidémicas en muchos países en desarrollo económico y de reciente industrialización.

Con el tiempo, un 50% de los diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular, presentan riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación, también la retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es una causa principal de insuficiencia renal. Un 10 a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa. (1,2)

Su control y tratamiento es realizado por un equipo multidisciplinario de salud, incluyendo la educación en autocontrol y autocuidados de acuerdo a las normas nacionales, en el momento del diagnóstico y cuando sea necesario. (3)

Alarcón, Cadena y Reyes (2012) en México realizaron una investigación de intervención educativa de auto cuidado para conocer el impacto de la educación en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus 2 que asistirán a sesiones educativas, además de evaluar el apego a un programa de autocuidado. Comparando los resultados de 20 pacientes, con y sin intervención educativa, por igual cantidad de personas. Se obtuvieron que el nivel de conocimiento de la enfermedad de todos los participantes, antes de la intervención educativa, fue bajo, 55% (53 y 58% para los grupos con y sin Intervención, respectivamente). Y el nivel de conocimiento de la enfermedad de los participantes, después de la intervención educativa, fue regular con un promedio de 72%.

Lezama, Malave y Tovar (2005) en Venezuela determinaron la influencia del programa de orientación sobre el autocuidado a los usuarios con diabetes tipo 2 en sus dimensiones: Estilo de vida, diabetes, tratamiento y prevención de complicaciones.

Encontrando que en el estilo de vida, el porcentaje alcanzado fue 98% después de haber realizado el programa de orientación, para las dimensiones diabetes y tratamiento fue 97,5% después de haber realizado el programa de orientación y para la dimensión prevención de complicaciones fue el 99 % después de haber realizado el programa de orientación, lo que demuestra que el programa de orientación fue muy exitoso y nos indica el valor que tienen los programas de educación en las personas diagnosticadas con diabetes tipo 2.

Noda, Pérez, Rodríguez y Aphan (2008) en Lima realizó un estudio cualitativo para medir el nivel de conocimiento, sobre diabetes mellitus 2 en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital Nacional Cayetano Heredia. La edad promedio fue 59,16 años. En 4 pacientes (12,9 %) el nivel de conocimiento sobre la enfermedad fue adecuado, en 15 (48,39 %) intermedio y en 12 (38,71 %) inadecuado. No se halló asociación estadística entre el nivel de conocimiento con ninguna de las variables estudiadas. Concluyéndose que el nivel de conocimientos sobre la diabetes en estos pacientes fue insuficiente. La información obtenida sugiere una educación deficiente de parte de los médicos hacia estos pacientes, lo que hace necesario implementar los programas educativos para ellos.

Cedron (2013) en Chiclayo-Perú realizó una investigación titulada “impacto de dos estrategias: teach-back y por imágenes ilustrativas, a comparación de indicación por consulta, sobre la adherencia al régimen dietético”, realizado en personas mayores de 18 años con diabetes tipo 2 por más de 6 meses y con bajo nivel de conocimiento sobre salud. Los 135 participantes fueron asignados aleatoriamente para recibir educación con imágenes ilustrativas (45), teach-back (45) (3 veces por semana con duración de 20 min); y educación usual de diabetes (45), durante 6 semanas. Obteniéndose como resultado, que respecto a la adherencia a la dieta se evidencia que los grupos de intervención han tenido una mejor adherencia mediante imágenes pictóricas (media: 5,87) y método teach back (media: 6,15) en comparación al grupo control (media: 3,63).

En conclusión, la realización de estrategias educativas para los pacientes diabéticos es de ayuda al aumento de la adherencia al régimen dietético en pacientes con diabetes de tipo 2.

## **1.2. Formulación del problema**

¿En qué medida un programa educativo mejora el conocimiento de la diabetes mellitus, en pacientes diabéticos tipo II del Hospital I Florencia de Mora – Trujillo 2015?

## **1.3. Objetivos y naturaleza del estudio**

### **a) General**

Determinar el nivel de efectividad de un programa educativo para la mejora del nivel conocimiento sobre la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo II del Hospital I Florencia de Mora – Trujillo 2015.

### **b) Objetivos específicos:**

- Caracterizar sociodemográficamente los pacientes con diabetes mellitus Tipo II del Hospital I Florencia de Mora – Trujillo, 2015.
- Identificar el nivel de conocimiento de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo II del Hospital I Florencia de Mora – Trujillo 2015, aplicando un pre test.
- Aplicar un programa educativo para mejorar el nivel de conocimiento de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo II del Hospital I Florencia de Mora – Trujillo 2015, luego se aplica un pos test.

#### **1.4. Formulación de hipótesis**

El programa educativo mejora significativamente el nivel conocimiento de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo II del Hospital I Florencia de Mora – Trujillo, 2015

#### **1.5. Justificación del trabajo**

La atención médica ideal a una persona diabética tipo II debe ser provista por un equipo multidisciplinario que incluya profesionales de diferentes ramas, tales como médico, enfermero, nutricionista, profesor de gimnasia, asistente social, podólogo, psicólogo, oftalmólogo, educador, entre otros. La atención médica debe incluir diagnóstico y tratamiento precoz que fomente un adecuado control metabólico con chequeo periódico con las pruebas de laboratorio necesarias que propicie la prevención y el diagnóstico precoz de complicaciones, así como que permitan evaluar la evolución de la enfermedad. Lamentablemente este ideal está lejano a desarrollarse en los centros asistenciales, donde no se encuentra con todo el equipo para realizar esta atención. Por lo que se tiene que recurrir a la piedra angular del tratamiento que es la educación, la cual se tiene que estar dirigida a toda la población, pero con más énfasis a personas con diabetes, a partir de su diagnóstico y durante todo su ciclo de vida. (8)

Por que necesitan aprender a monitorizar su glucemia, tomar su medicación, hacer ejercicio con regularidad y ajustar sus hábitos de alimentación. Además, en ocasiones tienen que enfrentarse a problemas relacionados con las complicaciones diabéticas y llevar a cabo considerables ajustes psicológicos. Ya que los resultados se basan en gran parte en las decisiones que tomen.

Sin educación diabética, las personas con la afección están menos preparadas para adoptar decisiones documentadas, realizar cambios conductuales, resolver los problemas psicosociales que presenta la diabetes y, por último, podrían verse incapacitadas para controlar su diabetes eficazmente. Un mal control tendrá como resultado unos malos resultados sanitarios y un aumento de la probabilidad de desarrollar complicaciones. (9)

Como hipertensión arterial (en el 32,6 % de este grupo de pacientes), obesidad (en el 11,1 %), neuropatía diabética (en el 10,0 %), tuberculosis (en el 4,1 %) y dislipidemia (en el 3,2 % de este grupo). Así lo manifiesta el boletín epidemiológico del I trimestre del año 2013. (10)

La educación es, por lo tanto, la esencia en la prevención de las complicaciones diabéticas. Aunque la mayoría de las personas con diabetes no tienen acceso a educación diabética debido a factores como el coste y la falta de servicios apropiados. Muchas otras podrían no conocer los servicios existentes o quizá no estén convencidos de los beneficios que puede aportar dicha educación. Podrían sentir, por ejemplo, que la interacción con su médico ya es suficiente para ofrecerles toda la educación que necesita. (9)

Los escasos estudios que se han realizado en América Latina y el Caribe han demostrado que la calidad de la atención a la diabetes es sub óptima. Una buena calidad de la atención a la diabetes puede mejorar el control glucémico y éste ha sido relacionado con una menor frecuencia de algunas complicaciones y por ende de una reducción de la mortalidad prematura (11)

En por ello que es necesario el desarrollo de un programa educativo a las personas diabéticas tipo II. Lo cual representa un factor contribuyente para el conocimiento adecuado y oportuno de las medidas de auto cuidado para disminuir el riesgo de complicaciones en los pacientes afectados por esta enfermedad. Permitiendo de esta manera demostrar la importancia de la educación diabetológica.

## **1.6. Limitaciones del trabajo**

La ejecución del presente trabajo se vio limitada en los siguientes aspectos:

- No existen trabajos previos en la ciudad de Trujillo.
- Limitaciones educativas culturales por parte de los pacientes de estudio.

Estas limitaciones fueron superadas de tal manera que no fueron condicionantes para la ejecución de la investigación.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Programa educativo**

#### **2.1.1 Definición:**

En sentido general, un programa es un plan o sistema bajo el cual una acción está dirigida hacia la consecución de una meta.

Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación al docente respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir.

Se divide en tres etapas:

- Planificación
- Ejecución
- Evaluación (12)

### **2.2 Educación participativa (técnica)**

#### **2.2.1 Definición:**

Concibe a los participantes el sujeto que aprende, ya que nadie puede saber que él/ella, quién es, a qué se dedica y qué necesita saber.

En este sentido, la metodología participativa busca que los participantes resignifiquen su experiencia y la de los otros con lo que su aprendizaje se contextualiza en su realidad cotidiana y se ajusta a las particularidades de su proceso de desarrollo.

Lo relevante no es que el profesor compruebe que los participantes han aprendido (la forma tradicional de evaluar) sino abordar la pregunta: ¿cómo saben los participantes, al término de la sesión educativa, qué

aprendieron? Lo realmente importante es que ellos sepan reconocer sus nuevos conocimientos.

## **LOS SIETE PASOS PARA LA PLANIFICACIÓN O DISEÑO DE UNA SESIÓN EDUCATIVA**

La palabra *diseño* implica un esfuerzo en la preparación de una sesión educativa y el reconocimiento de muchos aspectos nuevos que normalmente no consideramos. La forma de hacer el diseño nos hace tomar contacto y construir una relación diferente con los futuros participantes del taller. Los principios, por lo tanto, se ponen en acción mucho antes del inicio de la sesión educativa.

### **PRIMER PASO: analizar las características de los participantes (QUIÉNES)**

¿A quiénes va dirigido el diseño? ¿Quiénes son los participantes? ¿Cuáles son sus temas generativos y la tarea que deben realizar, sus expectativas, recursos, experiencia previa, limitaciones, campos de posibilidad de actuación, poder, etc.?

El análisis del grupo y de la tarea idealmente debería conducirnos a realizar con ellos lo que se llama un **perfil de necesidades de aprendizaje**, de tal forma que sea más fácil llegar a un acuerdo de lo que se hará y evaluará.

Por ejemplo, si tenemos que preparar a un grupo de monitores de salud en una comunidad para que sirvan de enlace entre el centro de salud y aquellos adultos mayores que han quedado desligados de la atención, nos damos cuenta que un monitor necesitará aprender cosas tan diferentes como: habilidades de comunicación, entrevista domiciliaria, atención de problemas de salud menores en domicilio, enfermedades más frecuentes, síntomas que requieren traslado al centro, los programas de salud del centro, horarios, accesibilidad, entre otras.

El *perfil de necesidades de aprendizaje* va mucho más allá de un “temario” y se refiere a todos los aspectos del quehacer. Sirve para personalizar el aprendizaje y para la evaluación.

### **SEGUNDO PASO: analizar por qué se necesita realizar el taller (POR QUÉ)**

¿De dónde o de qué situación surgió la necesidad de hacer este taller? ¿A quién se le ocurrió? ¿Cuál es el problema de base? ¿Quién lo financia? ¿Cuál es el interés o los logros esperados, tanto por los expertos como por las autoridades de la institución y los participantes?

El primer y segundo paso juntos constituyen el llamado **diagnóstico de necesidades de aprendizaje**. La Dra. Vella simplifica los métodos que podemos utilizar para ello.

Se debe considerar tres perspectivas: la de los expertos en el tema, la de las autoridades de la institución que financia el curso y la de los participantes o alumnos.

Se cuenta con tres métodos para obtener información: escuchar, observar y leer.

Combinando ambos, es posible hacer un *diagnóstico de necesidades de aprendizaje* que incluya, por ejemplo, entrevistar de forma individual o grupal a futuros participantes o autoridades, leer documentos de expertos, hacer encuestas, hacer visitas de campo para observar en terreno las condiciones de trabajo y los problemas, entre otras.

### **TERCER PASO: definir el tiempo (CUÁNDO)**

¿De cuánto tiempo se dispone para realizar el taller? ¿En qué horario? ¿Se trata de un taller de dos horas o contamos con una sesión semanal por varios meses? Este dato es muy importante tenerlo claro desde el inicio por razones obvias. Lo difícil, siempre, es ajustar los contenidos al tiempo y, en este sentido, tenemos mucho que aprender. Los objetivos

excesivamente ambiciosos no logran más que producir frustración en los participantes.

#### **CUARTO PASO: decidir el lugar (DÓNDE)**

Los lugares y salas donde se realizan los talleres condicionan de forma importantísima lo que ocurre en ellos. El método de la Dra. Vella se basa en el trabajo de grupos pequeños (varios grupos de 4 a 5 personas), lo que requiere mesas y sillas cómodas para adultos. Si el lugar es cálido y adecuado para adultos (más parecido a una sala confortable que a una sala de clases de colegio) facilitará que las personas se dispongan a trabajar y a entregar lo mejor de sí.

Ciertos símbolos, cuadros o muebles que hablan de pertenencia a grupos determinados pueden incomodar y distraer (algunos participantes podrían sentirse excluidos). La luz, plantas, objetos o cuadros que transmiten belleza son facilitadores importantes de la comunicación. La posibilidad de espacios para distenderse, pasear y poder tomar café o bebidas fuera de horario es otra característica positiva.

#### **QUINTO PASO: establecer los objetivos (PARA QUÉ)**

Sólo ahora estamos en condiciones de fijar los objetivos del taller, teniendo en cuenta todo lo anterior.

La definición de los objetivos es una de las etapas en las que se juega el éxito o fracaso del taller.

Para establecer objetivos basados en el logro, se deben usar verbos que puedan ser verificados, cuantificados y realizados.

Por ejemplo:

Al término del taller, los participantes habrán:

- *Nombrado* los huesos del pie.
- *Practicado* la elaboración de arreglos florales con hojas secas.
- *Escrito* una página de comentario personal sobre *El rey Lear* de Shakespeare.
- *Creado* un presupuesto usando Excel.

- *Confeccionado un vestido.*

Podemos distinguir diferentes tipos de objetivos:

- Conocimientos: internalizar información nueva.
- Comprensión: aplicar la nueva información para el análisis de casos y para establecer nuevas asociaciones y preguntas.
- Habilidades: incorporar nuevas formas de hacer.
- Valores: adquirir nuevas creencias o cambiar su priorización.
- Actitudes: cambiar la valoración afectiva de algo.
- Intereses: experimentar satisfacción con experiencias nuevas.

### **SEXTO PASO: seleccionar los contenidos (QUÉ)**

El qué se refiere a los contenidos. Estos se derivan directamente de los objetivos propuestos. Siguiendo los ejemplos anteriores, los contenidos que tienen relación con los objetivos propuestos son:

- Anatomía de los huesos del pie.
- Creación de arreglos florales con hojas secas.
- Lectura y comentario escrito de *El rey Lear* de Shakespeare.
- Elaboración de presupuestos utilizando el programa Excel.
- Corte y confección de vestidos.

### **SÉPTIMO PASO: establecer el conjunto de tareas y materiales (CÓMO)**

Finalmente, se llega a la metodología, que abarca el diseño de ejercicios y la elección de materiales.

Un ejercicio (o tarea) es un trabajo que se da a los participantes, para que aprendan un nuevo conocimiento, habilidad o actitud. La forma de presentar el ejercicio puede ser muy variada (presentación de casos, información de la literatura, dramatizaciones, audiovisuales, juegos, etc.) dependiendo del objetivo a alcanzar.

Según los tipos de objetivos presentados más arriba, se recomiendan los siguientes métodos:

- Conocimientos: clases expositivas. Textos.
- Comprensión: técnicas participativas de análisis de casos.
- Habilidades: ejercicios prácticos.
- Actitudes: compartir experiencias, conocer la experiencia de otros (videos, testimonios orales o escritos, visitas, entre otros).
- Valores: TV, grupos de encuentro, experiencia directa.
- Intereses: eventos demostrativos, ferias.

Una técnica muy utilizada en la enseñanza de adultos es el **análisis de casos**.

Se recomienda el uso de cuatro preguntas para el análisis:

1. ¿Qué ve que está ocurriendo aquí? (Descripción).
2. ¿Por qué cree que está ocurriendo? (Análisis).
3. Si a usted le ocurriera, ¿qué consecuencias le traería? (Aplicación de la situación a la propia vida).
4. ¿Qué podemos hacer al respecto? (Práctica).

Vella en su libro *“Taking Learning to Task. Creative Strategies for Teaching Adults”* (2000) plantea una estrategia llamada “las 4 ies”, que consiste en dividir la sesión educativa o clase en cuatro tipos de tareas con el objetivo de lograr mayor efectividad en el diseño educativo. Estos cuatro tipos de tareas están sintetizadas por las palabras:

- 1.- Inductivo
- 2.-Input
- 3.-Implementación
- 4.-Integración

### **Tareas Inductivas**

Ellas buscan “conectar” al estudiante con el tópico, permitirle clarificar a él o ella “dónde está” con respecto al tema, cuáles son sus percepciones,

actitudes y/o habilidades respecto al tema. Las tareas inductivas pueden desarrollarse a través de *la descripción de una situación o caso, el contar una historia, el definir, el actuar una situación, mostrar, nombrar, simbolizar, etc.*

Estas tareas se acercan a la vida o la experiencia de los alumnos, generalmente a través de preguntas abiertas. En la mayoría de las tareas inductivas el contenido será la percepción del alumno.

El (la) profesor (a) deberá elegir la estrategia adecuada para el grupo de alumnos de acuerdo a su nivel de experiencia y temas generativos.

¿Qué es lo que hace una tarea inductiva? Prepara el escenario para el aprendizaje a través de la “agudización” de la percepción del estudiante.

### **Tareas de input**

Este tipo de tareas invitan al estudiante a sumergirse directamente en el nuevo conocimiento, “se presenta el desafío, haz algo con ello para aprender”. Las tareas de input típicamente presentan *nuevos conceptos, datos, actitudes, habilidades.*

Esta se diferencia de la tarea inductiva en que aquí se entrega nueva información. El desafío es presentarla de manera ágil y entretenida, como parte integral del aprendizaje.

Por ejemplo: se entrega a los alumnos la última norma de tratamiento de la tuberculosis en Chile, para que la discutan en grupos y luego planteen sus dudas al facilitador. O el estudiante podrá contrastar su manera de hacer una otoscopia con la manera en que está demostrada que se debiera hacer.

### **Tareas de implementación**

Las tareas de implementación ofrecen la oportunidad de revisar e integrar los conceptos, practicar las habilidades y examinar y practicar las nuevas actitudes dentro de la misma sesión o curso. Esta tarea le permite al facilitador y al alumno *saber que saben o que lo pueden hacer, y en qué grado o que falta por aprender.*

La implementación puede ser reiterativa, aunque esto no significa que se realiza cada vez la misma tarea. Diferentes “quienes” aprenden de maneras diferentes de tal forma que diferentes tareas pueden resonar mejor en diferentes personas.

Por ejemplo: indicar el tratamiento para la TBC a un paciente usando las nuevas normas de TBC, o el practicar preguntas abiertas y reflexiones para estimular el cambio en pacientes con adicciones.

### **Tareas de integración**

En este tipo de tareas los alumnos están invitados a aplicar sus conocimientos habilidades o actitudes a su trabajo diario. Este tipo de tareas implican una proyección del aprendizaje a situaciones reales. Puede ser trabajado en forma inmediata, mediata o ambas. Aquí el estudiante hace una síntesis que deberá adaptarse a su situación real.

Por ejemplo: frente al siguiente paciente con Tuberculosis en el consultorio, ¿Cómo voy a actuar?, ¿Qué alternativa tengo en caso de no disponer de todas las drogas?

¿En la práctica cómo se efectúa la notificación?

### **COROLARIO**

Lo que nunca debemos perder de vista es que todo material es presentado abierto al diálogo, incluso, datos o modelos científicos. Para esto, junto con presentar la información podemos utilizar preguntas abiertas, como, por ejemplo ¿Cuál de estos datos le parece más relevante? ¿Qué le llama la atención en este modelo?

Muchas veces tendremos escaso tiempo para la preparación de diseños que incorporen todas estas etapas, pero hemos comprobado que mientras más principios se respeten, mayor será la posibilidad de buenos resultados. (13)

En conclusión, este modelo de educación participativa de adultos de Jane Vella, es un modelo que surge de la experiencia educativa de la Dra. Vella en África y refinado desde la academia. Este es un modelo ecléctico integrado, basado en diversas teorías psicológicas, pedagógicas y

antropológicas a partir de las cuales se deriva un conjunto de prácticas y métodos que permiten organizar y facilitar eficientemente el aprendizaje de personas de las más diversas condiciones y en los ambientes más diversos con la seguridad de poseer una efectividad demostrada, cautelando un aspecto fundamental, el respeto cuidadoso de la persona, como centro del proceso de aprendizaje en su dignidad y libertad. (14)

## **2.3 Diabetes**

### **2.3.1 Definición:**

La diabetes es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina. Con el tiempo, la enfermedad puede causar daños, disfunción e insuficiencia de diversos órganos (15).

### **Se conocen dos tipos de diabetes sacarina:**

- La diabetes de tipo 1 generalmente se presenta en la niñez o la adolescencia y los pacientes necesitan inyecciones de insulina durante toda la vida.
- La diabetes de tipo 2 aparece por lo general en la vida adulta y está relacionada con la obesidad, la inactividad física y la alimentación malsana. Es la forma más común de diabetes (alrededor del 90% de los casos en el mundo) y el tratamiento puede consistir en cambios del modo de vida y baja de peso, medicamentos orales o incluso inyecciones de insulina.

Otras formas de la diabetes. - es la diabetes del embarazo

### **Criterios diagnósticos de DM 2**

1. Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) y una glucemia plasmática al azar (a cualquier hora del día) >200 mg/dl.

2. Dos determinaciones de glucemia basal en plasma venoso >126 mg/dl. Ausencia de ingesta calórica en las 8 horas previas.
3. Dos determinaciones de glucemia en plasma venoso >200 mg/dl a las 2 horas de test de tolerancia oral a la glucosa con 75 g (TTOG).

### **Complicaciones:**

**Retinopatía diabética.** - Es una causa importante de ceguera y discapacidad visual. Está causada por el daño de los vasos sanguíneos de la capa posterior del ojo, la retina, lo que ocasiona una pérdida progresiva de la vista, que a veces llega a ser ceguera.

**Nefropatía.** - La nefropatía diabética está causada por las lesiones de los vasos sanguíneos pequeños de los riñones. Ello puede causar insuficiencia renal y al final la muerte. En los países desarrollados, esta es una causa importante de diálisis y trasplantes renales.

**Neuropatía.** - La diabetes puede lesionar los nervios por distintos mecanismos, como el daño directo por la hiperglucemia y la mengua del flujo sanguíneo que llega a los nervios como resultado del daño de los pequeños vasos. La lesión de los nervios puede manifestarse por pérdida sensorial, lesiones de los miembros e impotencia sexual. Es la complicación más común de la diabetes.

**Enfermedades cardiovasculares.** - La hiperglucemia daña los vasos sanguíneos mediante el proceso conocido como aterosclerosis o endurecimiento y obstrucción de las arterias. Este estrechamiento de las arterias puede reducir el flujo de sangre al músculo cardíaco (infarto del miocardio), del encéfalo (accidente cerebrovascular) o de los miembros (dolor y curación tórpida de las heridas infectadas). (15)

### **Educación diabetológica:**

El objetivo de la educación de las personas con diabetes es mejorar el conocimiento y las habilidades, capacitándolas para asumir el control de la enfermedad e integrar el autocontrol de la enfermedad en la vida cotidiana.

Los objetivos específicos de la educación son conseguir mejoras en las siguientes áreas:

- Control de factores de riesgo, incluidos glucemia, lípidos, presión arterial y tabaquismo.
- Manejo de complicaciones asociadas a la diabetes.
- Cuidados del pie diabético.
- Control glucémico.
- Involucrar al paciente en sus propios cuidados y favorecer su autonomía (autocontrol).
- Cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad
- Mantener o mejorar la calidad de vida
- Asegurar la adherencia al tratamiento
- Lograr la mejor eficiencia en el tratamiento teniendo en cuenta costo-efectividad, costobeneficio y reducción de costos
- Evitar la enfermedad en el núcleo familiar (16, 17)

## **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **3.1. Material:**

#### **3.1.1 Población diana o universo:**

120 pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del consultorio N° 18 del Hospital I Florencia de Mora (HIFM) de agosto - octubre del 2015

#### **3.1.2 Población muestral**

Incluye a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del consultorio N° 18 del Hospital I Florencia de Mora, que reúnan los criterios de inclusión y exclusión y que estén dispuestos a colaborar en la

investigación, previa firma del consentimiento informado. Fueron muy pocos, se tubo por conveniencia trabajar con los 35 pacientes que aceptaron su participación en el programa educativo. No participaron aquellos usuarios que manifiesten otra enfermedad crónica, como, por ejemplo: Dislipidemia en tratamiento, hipertensión arterial.

**3.1.3 Unidad de Análisis:** Paciente que acude al consultorio N° 18, con diabetes mellitus tipo II.

## **3.2 Métodos**

### **3.2.1. Tipo de estudio**

Es un estudio cuasiexperimental de un solo grupo, con observaciones antes y después de aplicado el estímulo

### **3.2.2 Diseño de investigación:**

El diseño para el trabajo de investigación es el diseño pre y post test con un solo grupo, por lo tanto, el esquema a utilizar es el siguiente:

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

Donde:

O = Pacientes con diabéticos mellitus tipo II usuarios del consultorio N° 18, en el Hospital I Florencia de Mora.

X = Aplicación del programa educativo.

O<sub>1</sub> = Pre test sobre el conocimiento de la enfermedad de diabetes mellitus antes de la aplicación del programa educativo.

O<sub>2</sub> = Post test sobre el conocimiento de la enfermedad de diabetes mellitus después de la aplicación del programa educativo.

### **3.2.3 Variables**

**Independiente:**

Programa educativo sobre el conocimiento de la diabetes mellitus.

**Dependiente:**

Nivel de conocimientos del paciente diabético.

### 3.2.3 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicadores	Instrumento
Programa educativo	Es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico.	Concepciones sobre la diabetes mellitus II	Aspectos básicos de la diabetes	- Evaluación antes de las sesiones del programa educativo.  - Evaluación luego de las sesiones del programa educativo	Sesiones
		Aspectos sobre Hipoglicemia,	glucosa <60 mg / dl en ayunas o al azar		
		hiperglicemia	glucosa > 140 mg / dl en ayunas y >200 mg / dl al azar		
		Tratamiento no farmacológico de la Diabetes	Es aquel tratamiento que ayuda al farmacológico		
		Tratamiento farmacológico de la Diabetes	Es aquel tratamiento en el que se usan medicamentos		
		Control Metabólico y	Mantenimiento de la glicemia dentro de los valores normales.		
		Complicaciones a largo plazo	Aparecen sino se cumple con el tratamiento		
Manejo psicológico del diabético	Tratamiento psicológico coadyuvante al tratamiento				

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Sub dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumento</b>
Nivel de conocimientos del paciente.	Es una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sea una reflexión exhaustiva de la realidad, y que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona	Conocimiento sobre la diabetes mellitus.	Nivel deficiente Nivel regular Nivel bueno	<3 aciertos 3 - 4 aciertos >4 aciertos	Test de autoevaluación

### 3.2.4. Instrumentos de recolección de datos

#### a) Técnica de investigación

**Captación:** Se ofertó el programa educativo, en consulta externa del consultorio N° 18 a todos los diabéticos que cumplieron los criterios de inclusión, reuniéndose solamente 35 diabéticos; se les explicó en qué consistió la intervención educativa, cada participante firmó el consentimiento informado, (anexo 02) y se procedió en base a entrevistas personales a recoger los datos generales: Edad, sexo, escolaridad e identificación de necesidades de aprendizaje (anexo 01), que sirvió para el diseño del programa capacitante, implementación del programa y evaluación del mismo.

A continuación, se dividió en las siguientes etapas:

**Primera etapa** de la investigación, se procedió a la aplicación de un pretest diseñado por la autora (anexo 3), el que nos permitió ubicar sus conocimientos en los 3 niveles establecidos para el instrumento: Nivel

deficiente, nivel regular, nivel bueno. Para la aplicación del instrumento se citaron previamente a los pacientes al consultorio.

Una vez aplicado el pretest se procedió a la evaluación de las respuestas para determinar el Nivel de Conocimientos de los pacientes de la siguiente forma:

- ♣ Nivel deficiente: < 3 aciertos
- ♣ Nivel regular: 3 a 4 aciertos
- ♣ Nivel bueno: >4 aciertos

**En la segunda etapa** y sobre la base de los resultados que se obtuvo, a continuación, desarrollé el programa de capacitación diabetológica (anexo 4) que incluyó 6 temas impartidos con una frecuencia semanal, y que fueron seleccionados partiendo de las dificultades encontradas en la aplicación del pretest, siendo los mismos:

- Tema 1: Generalidades de la diabetes mellitus.
- Tema 2: ¿Qué hacer ante una hipoglicemia o hiperglicemia?
- Tema 3: Tratamiento no farmacológico de la diabetes.
- Tema 4: Tratamiento farmacológico de la diabetes.
- Tema 5: Control metabólico y complicaciones a largo plazo.
- Tema 6: Manejo psicológico del diabético

Para el desarrollo de la investigación se seleccionaron las técnicas de educación para la salud: la clase, la demostración y la dinámica de grupo; por ser estas formas dinámicas para interactuar con los pacientes.

**En la tercera etapa**, la muestra se dividió en 7 grupos de 05 sujetos cada uno, lo que facilitara la realización de la actividad capacitante.

Para la realización de los encuentros se desarrollaron todos los días por las tardes y los sábados todo el día (grupos de cinco). Los encuentros tuvieron una duración de 60 minutos, y se desarrollaron en el consultorio, por ser los sub grupos pequeños.

Al finalizar el proceso de capacitación de cada grupo, se procedió a la evaluación de los conocimientos obtenidos, utilizando para ello el mismo instrumento aplicado al inicio de la investigación, lo que nos permitió constatar la interiorización de los conocimientos en el primer corte y las posibles variaciones en el segundo corte en relación con los resultados iniciales obtenidos en la primera etapa.

### 3.2.5. Recolección y análisis estadísticos de datos

Los criterios de recojo y análisis de la información se observa en el siguiente cuadro.

<b>CRITERIO</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>
Edad	Cuantitativa discreta	36 -45 años 46 – 55 años 56 -65 años > de 65 años	Según años cumplido	Frecuencias absolutas y relativas
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico	Frecuencias absolutas y relativas
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Nivel de la escolaridad terminado	Primario Secundario Preuniversitario Universitario	Frecuencias absolutas y relativas
Nivel de conocimientos	Cualitativa ordinal	Evaluación alcanzada por los sujetos según el pre - test	<3 aciertos 3 - 4 aciertos >4 aciertos	Frecuencias absolutas y relativas

Estos datos se recolectaron en una hoja de registro elaboradas en base a los objetivos propuestos y fueron procesados empleado el programa SPSS versión 22, previa elaboración de base de datos en el programa excel.

#### 4. RESULTADOS

CUADRO N° 01

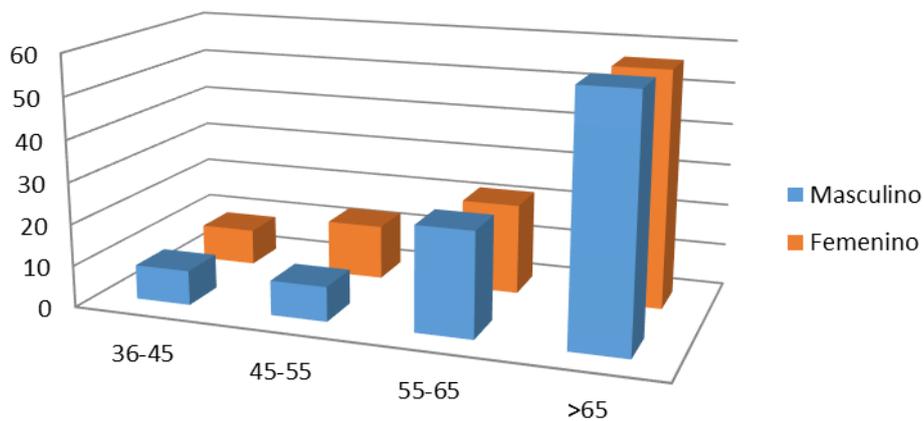
#### DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II POR GRUPOS DE EDADES SEGUN EL SEXO

EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
36-45	1	8.3	2	8.7	3	8.5
45-55	1	8.3	3	13.1	4	11.4
55-65	3	25.0	5	21.7	8	22.9
>65	7	58.4	13	56.5	20	57.2
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Pretest y posttest

GRÁFICO N° 01

#### DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II POR GRUPOS DE EDADES SEGUN EL SEXO



Fuente: Pretest y posttest

## CUADRO N° 02

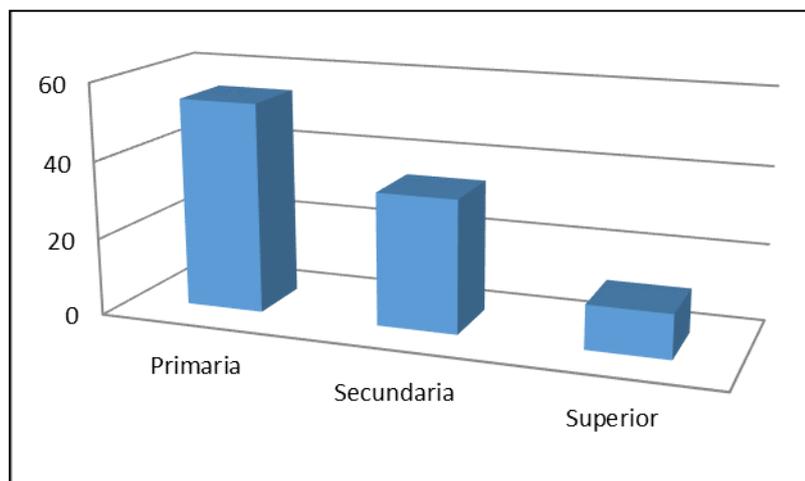
### DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II SEGUN ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	TOTAL	
	N	%
Primaria	19	54.3
Secundaria	12	34.3
Superior	4	11.4
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Pretest y posttest

## GRÁFICO N° 02

### DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II SEGÚN ESCOLARIDAD



Fuente: Pretest y posttest

**CUADRO N° 03**

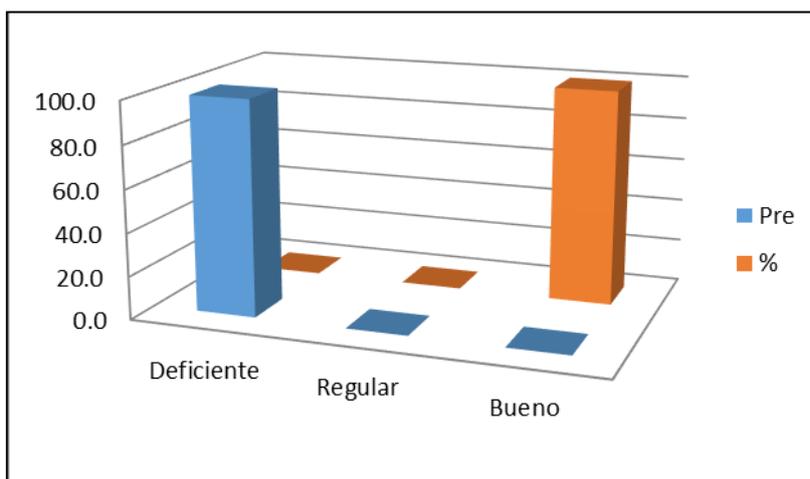
**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRETEST		POSTTEST	
	Nro	%	Nro	%
Deficiente	35	100.0	0	0.0
Regular	0	0.0	0	0.0
Bueno	0	0.0	35	100.0
<b>Total</b>	35	100.0	35	100.0

Fuente: Pretest y posttest

**GRÁFICO N° 03**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS**



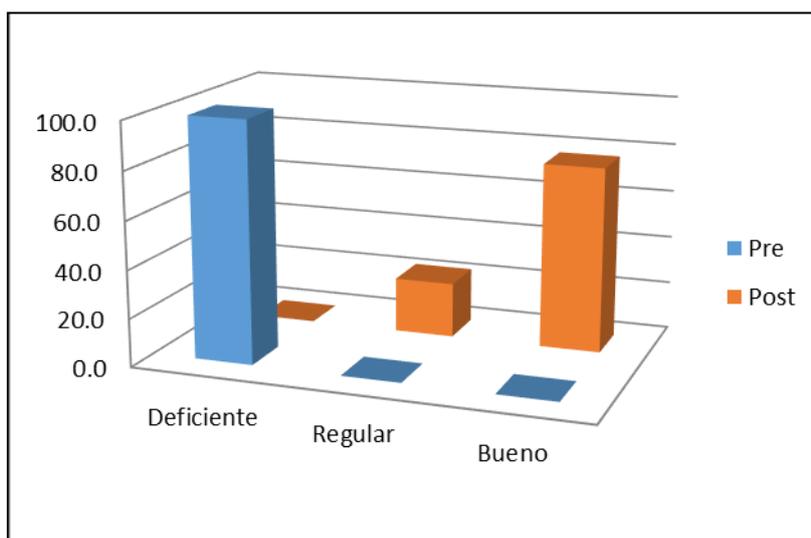
Fuente: Pretest y posttest

**CUADRO 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II POR EL NIVEL**  
**DE CONOCIMIENTOS SEGÚN LAS CONCEPCIONES SOBRE LA DIABETES**  
**MELLITUS (dimensión 1)**

Dimensión 1	PRETEST		POSTTEST	
	Nro.	%	Nro.	%
Deficiente	35	100.0	0	0
Regular	0	0.0	8	22.9
Bueno	0	0.0	27	77.1
<b>Total</b>	35	100.0	35	100.0

Fuente: Pretest y posttest

**GRÁFICO N° 04**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II POR EL NIVEL**  
**DE CONOCIMIENTOS SEGÚN LAS CONCEPCIONES SOBRE LA DIABETES**  
**MELLITUS (dimensión 1)**



Fuente: Pretest y posttest

**CUADRO N° 05**

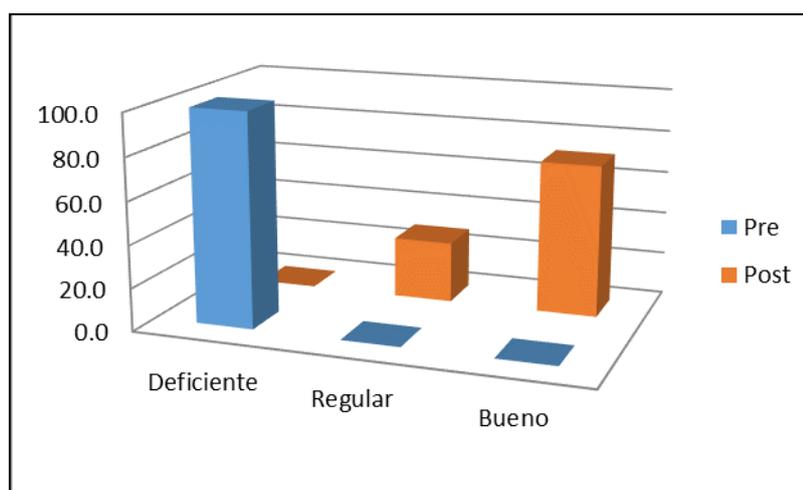
**DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II POR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN LOS ASPECTOS SOBRE HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA (dimensión 2)**

Dimensión 2	PRETEST		POSTTEST	
	Nro.	%	Nro.	%
Deficiente	35	100.0	0	0
Regular	0	0.0	10	28.6
Bueno	0	0.0	25	71.4
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Pretest y posttest

**GRÁFICO N° 05**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II POR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN LOS ASPECTOS SOBRE HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA (dimensión 2)**



Fuente: Pretest y posttest

### CUADRO N° 06

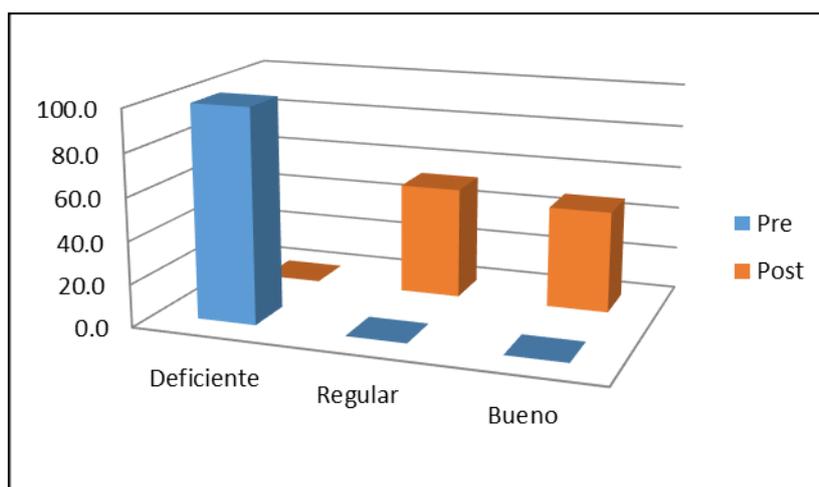
#### DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIÁBETICOS TIPO II POR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN EL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DE LA DIABETES (dimensión 3)

Dimensión 3	PRETETS		POSTTEST	
	Nro.	%	Nro.	%
Deficiente	35	100.0	0	0
Regular	0	0.0	19	52.3
Bueno	0	0.0	16	47.7
Total	35	100.0	35	100.0

Fuente: Pretest y posttest

### GRÁFICO N° 06

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIÁBETICOS TIPO II POR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN EL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DE LA DIABETES (dimensión 3)



Fuente: Pretest y posttest

**CUADRO N° 07**

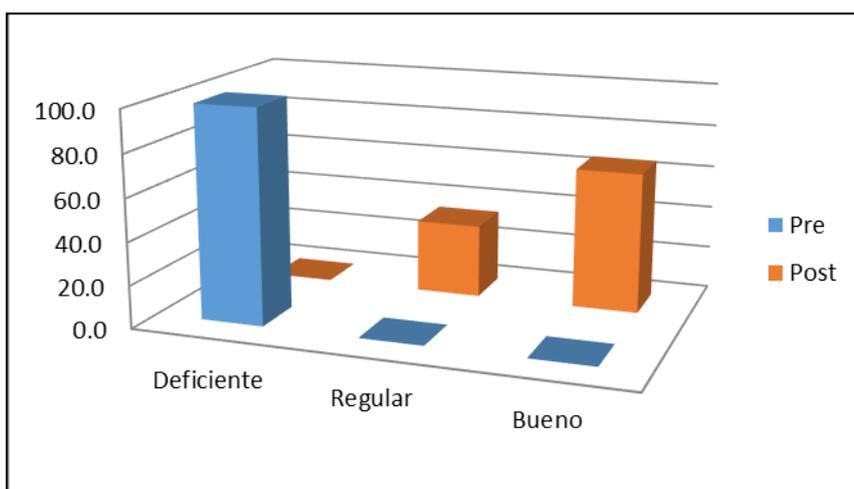
**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIÁBETICOS TIPO II POR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES (dimensión 4)**

Dimensión 4	PRETEST		POSTTEST	
	Nro.	%	Nro.	%
Deficiente	35	100.0	0	0
Regular	0	0.0	12	34.3
Bueno	0	0.0	23	65.7
<b>Total</b>	35	100.0	35	100.0

Fuente: Pretest y posttest

**GRAFICO N° 07**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIÁBETICOS TIPO II POR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA DIABETES (dimensión 4)**



Fuente: Pretest y posttest

### CUADRO N° 08

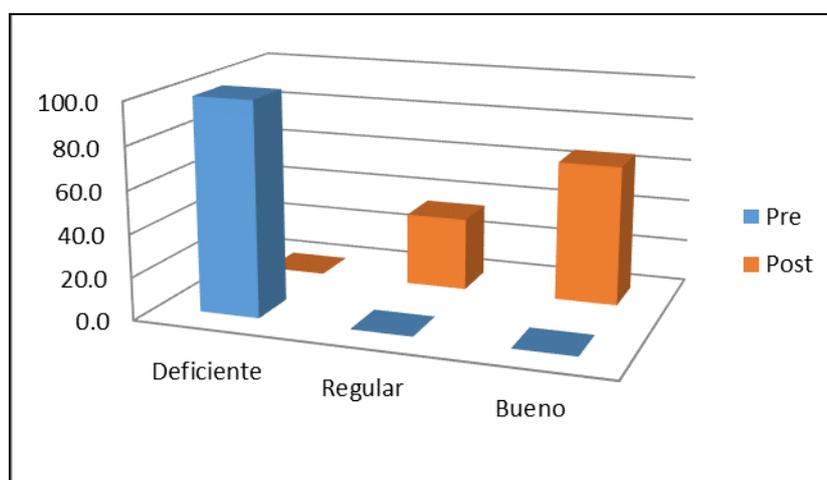
#### DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II POR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN EL CONTROL METABÓLICO Y COMPLICACIONES A LARGO PLAZO (dimensión 5)

Dimensión 5	PRETEST		POSTTEST	
	Nro	%	Nro	%
Deficiente	35	100	0	0
Regular	0	0	12	34.3
Bueno	0	0	23	65.7
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Pretest y posttest

### GRÁFICO N° 08

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II POR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN EL CONTROL METABÓLICO Y COMPLICACIONES A LARGO PLAZO (dimensión 5)



Fuente: Pretest y posttest

**CUADRO N° 09**

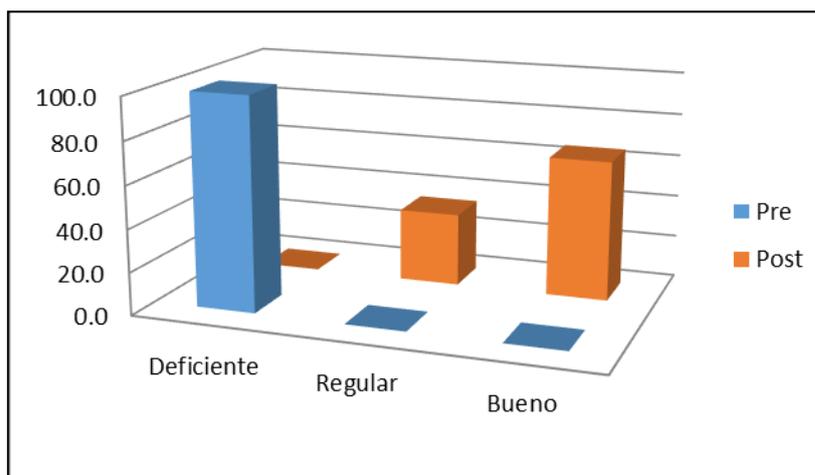
**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIÁBETICOS TIPO II POR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN EL MANEJO PSICOLÓGICO (dimensión 6)**

Dimensión 6	PRETETS		POSTTEST	
	Nro.	%	Nro.	%
Deficiente	35	100.0	0	0
Regular	0	0.0	12	34.3
Bueno	0	0.0	23	65.7
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Pretest y posttest

**GRÁFICO N° 09**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DIÁBETICOS TIPO II POR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN EL MANEJO PSICOLÓGICO (dimensión 6)**



Fuente: Pretest y posttest

## **INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El actual estudio se realizó con una muestra de 35 pacientes diabéticos agrupados en grupos de 5 participantes, todos asistieron lo que demuestra que el nivel de interés y aceptación que tuvo en ellos este tipo de programa educativa fue bueno. Respecto a las características de la población observamos en el (cuadro 1) que la edad que predominó fue mayor de 65 años, en su mayoría mujeres (cuadro 2) y con un nivel de instrucción en su mayoría de primaria con 54.3%.

Al observar las diferentes áreas sobre los conocimientos teóricos, luego del post test, el área sobre las concepciones de la diabetes, tubo el más alto de respuestas correctas con un nivel bueno en un 77.1, mientras que el área sobre tratamiento no farmacológico fue el más bajo con 47.7 %.

En lo que se refiere a nivel de conocimientos sobre hipo e hiperglucemia todos los participantes tenían un nivel deficiente en el pre test, luego al aplicar el post test este dato vario significativamente encontrándose que el nivel fue regular en un 28.6 % y bueno en un 71.4 %. Lo mismo sucedió con los resultados del tratamiento farmacológico cuyo resultado del post test fue regular en 34.3 % y bueno 65.7, siendo en el pre test deficiente, con el control metabólico y complicaciones largo plazo de la diabetes antes de post test fue deficiente y luego tenemos que fue un nivel regular en 34.3 % y bueno 65.7 % y por ultimo tenemos a los conocimientos según el manejo psicológico al igual que el resto antes de aplicar el programa educativo el nivel fue deficiente y luego el nivel regular es de 34.3 y el bueno en 65.7 %.

## 5. DISCUSIÓN

La educación de las personas con DM es un componente esencial de las estrategias de prevención y tratamiento. No reemplaza el tratamiento médico, pero proporciona el estímulo necesario para encarar un cambio radical en el estilo de vida, las nuevas concepciones de la educación y la promoción del derecho a la educación para la salud, reconocen que la educación en diabetes es un aspecto indispensable del tratamiento, si se quiere garantizar la participación activa de las personas diabéticas en el control y el tratamiento eficaz de su afección. (18)

En el cuadro 1 se obtuvo que la edad que predominó fue mayor de 65 años, se explica debido a que la diabetes tipo II tiene predominio en la adultez, y estos son confirmados por American Diabetes Association, en su hoja informativa del 2014 donde manifiestan que el porcentaje de estadounidenses de 65 años de edad o mayores sigue siendo alto, en un 25.9% o 11.8 millones de personas (diagnosticados y sin ser diagnosticados). El porcentaje en el 2010 fue de 26.9%. (19)

Además, cabe mencionar que la población comprendida entre los 30 a 55 años, no le brinda la importancia a educarse en diabetes, porque en esta fase de la vida adulta ya tiene formado valores, creencias y hábitos. El apareamiento de la diabetes en esta fase de la vida, puede traer resistencia a los cambios, lo que puede explicar en parte los datos obtenidos en la investigación. (20)

En cuanto al sexo predominante las mujeres predominaron con 23 asistentes y solo 12 hombres. Coincidiendo con la tendencia mundial de que esta entidad se presenta más en el sexo femenino. Lo mismo encontraron, (Camero, Curbelo, Martínez, Novales y Trasanco 2007).

Otra característica general es la escolaridad donde observamos que el 54.3% corresponde al nivel primario, lo que es de esperarse ya que el estudio fue realizado en el distrito de Florencia de Mora, donde aún se encuentra una tasa anual general de analfabetismo de la población de 15 y más años de un 9.6, en mujeres de 14.7, y un 27.4 % tienen primaria incompleta. (22)

En cuanto al nivel de conocimientos sobre la enfermedad, de manera general en la población antes del estudio fue DEFICIENTE en un 100%, después del programa educativo fue de BUENO en un 100%, lo que evidencia que los procesos educativos

participativos son claves en las intervenciones preventivas, porque los pacientes tienen la posibilidad de escuchar y de ser escuchado y de decidir en algunos aspectos, de tal manera que se incorporen activamente como sujetos de aprendizaje. (14)

Esta mejoría de conocimientos tras la instrucción del programa también es descrita por Marta Giménez Monleon, quien menciona que la educación grupal en los pacientes diabéticos tipo II, mejora sus conocimientos incorporando información y habilidades para generar autorresponsabilidad en su enfermedad.

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos afirmar que el programa de educación participativa para la salud resulta útil para los participantes y coincide con lo que manifiestan los pacientes de haber aprendido, haberles resultado interesante y haber modificado algunos de sus hábitos de vida; estos datos concuerdan con la bibliografía consultada, de modo que en todos los estudios sobre programas de educación a diabéticos se observa un aumento en los conocimientos de los participantes, tanto de forma subjetiva como de forma objetiva con cuestionarios antes y después de realizar el programa. (24)

Al analizar los resultados del (cuadro 5) y del (cuadro 8). Se puede decir que se obtuvo un incremento del conocimiento sobre las medidas prevención de complicaciones agudas como es la hipo e hiperglicemia, y las crónicas, también aprendieron las formas de control metabólico de la enfermedad, lo que coincide con lo reportado por Isabel de la Cruz Narváez.

Este programa encuadra dentro de los esfuerzos de la educación diabetológica e hizo un uso enfático de estrategias participativas conductuales para lograr la mejora de la calidad de vida de los pacientes. En el programa se integraron componentes que la literatura internacional señala como necesarios para alcanzar cambios en el comportamiento de los participantes, tales como: orientar y recomendar, para promover conocimientos; entrenar y retroalimentar y acompañar el proceso grupal, para motivar el cambio de comportamiento, apoyando a la vez, aspectos psicológicos potencialmente asociados a dichos cambios. (26). En un artículo titulado “Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus” menciona que un gran número de investigaciones en el ámbito psicosocial coinciden en que los factores psicosociales juegan un papel fundamental en el manejo de la diabetes. De hecho, la terapia

psicosocial puede mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico o no, el control de la glicemia, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de estos pacientes. (27)

En resumen, el programa educativo implementado en este estudio elevó los conocimientos sobre diabetes de los pacientes en todas las cuestiones analizadas, lo que nos hace plantearnos que la utilización de las técnicas participativas resulta efectiva en la capacitación de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, ya que facilita la asimilación de la información y la incorporación de la misma al comportamiento habitual del paciente.

## 6. PROPUESTA

### **PROGRAMA EDUCATIVO PARA DIABÉTICOS TIPO II CON METODOLOGÍA PARTICIPATIVA DEL HOSPITAL I FLORENCIA DE MORA ES SALUD DELA CIUDAD DE TRUJILLO, AÑO 2015**

#### **I. DATOS GENERALES**

- 1.1. **Hospital** : I Florencia de Mora Es Salud
- 1.2. **Dirección** : Florencia de Mora - Trujillo
- 1.3. **Participantes** : 35 pacientes diabéticos tipo II
- 1.4. **Total de horas** : 6 horas
- 1.5. **Responsable** : Dra. Anné Lúdima Deza Távara
- 1.6. **Asesor** : Ms. Walter Oswaldo Rebaza Vásquez
- 1.7. **Duración** : 6 semanas

#### **II. FUNDAMENTACIÓN**

La diabetes mellitus (DM) es hoy día un problema creciente de salud tanto para el mundo desarrollado como subdesarrollado.

En el año 2000 existían ya 165 millones de personas con diabetes y se pronostican 239 millones para el año 2010 y 300 millones para el año 2025.

Las personas con diabetes tienen una esperanza de vida reducida y una mortalidad 2 veces mayor que la población general. (1)

Lograr mejorar la salud y los resultados relacionados de calidad de vida para las personas con diabetes, reducir los costes personales y sociales y el impacto negativo sobre el desarrollo sostenible humano y económico está, potencialmente, dentro del alcance y la capacidad de todos los países. Los componentes clave de una atención diabética eficaz son:

- Tratamiento y monitorización clínica para lograr control glucémico y metabólico
- Educación y apoyo para el autocontrol
- Prevención y control de complicaciones (2)

De estas tres componentes la educación para la salud (EPS) es esencial en el abordaje terapéutico del diabético. No podemos introducir la Dieta, el ejercicio y la medicación sin informar al paciente sobre su importancia y sin motivarlo para que adquiriera protagonismo en el control de su enfermedad. Así se manifiesta en la Declaración de Saint Vincent (1989), dónde se afirma que ninguno de los objetivos que se proponen podrá cumplirse a menos que se desarrollen programas efectivos de educación en todos los niveles asistenciales y hace referencia al papel estratégico de la Atención Primaria. (3)

Por todo lo mencionado anteriormente se concluye que la importancia de la educación en salud es que las personas estén y vivan lo mejor posible y contribuir al conocimiento adecuado y oportuno de las medidas de auto cuidado para disminuir el riesgo de complicaciones en los pacientes afectados por diabetes mellitus. Permitiendo de esta manera demostrar la importancia de la educación diabetológica

### **III. OBJETIVOS**

#### **a. General**

Mejorar la calidad de vida del paciente, brindándole conocimientos necesarios de tal manera que los asimilen y queden convencidos de que le son útiles, para un buen control de su enfermedad.

#### **b. Específicos**

- Desarrollar capacidades cognitivas referidas a la diabetes mellitus de tipo II.
- Promover una actitud de compromiso de los pacientes con diabetes mellitus tipo II frente a su propia enfermedad
- Servirá como apoyo del paciente en el hogar y en la comunicación con los servicios de salud.
- Desempeñar actitudes en la familia y en la comunidad como promotor de hábitos y estilos de vida sanos.

- Reducir la frecuencia y severidad de las complicaciones agudas y crónicas de la Diabetes.

#### **IV. ESTRATEGIAS**

Se utilizó, la metodología participativa, la cual busca que los participantes resignifiquen su experiencia y la de los otros con lo que su aprendizaje se contextualiza en su realidad cotidiana y se ajusta a las particularidades de su proceso de desarrollo.

#### **V. METODOLOGÍA DEL TRABAJO**

- Se oferto el programa educativo para diabéticos tipo II, a los usuarios del consultorio N° 18, si decidían aceptar participar, firmaran el compromiso con la firma del consentimiento informado.
- Se procederá a la aplicación de un pretest diseñado por la autora
- Sobre la base de los resultados del pretest, a continuación, se desarrolla el programa de capacitación diabetológica que incluyó 6 temas impartidos con una frecuencia semanal, y que fueron seleccionados partiendo de las dificultades encontradas en la aplicación del pretest.
- A los participantes se dividirá en 7 grupos de 05 sujetos cada uno, para la realización de los encuentros se desarrollarán todos los días por las tardes y los sábados por la mañana y la tarde (grupos de cinco). Los encuentros tuvieron una duración de 60 minutos, en el consultorio, por ser los sub grupos pequeños.

#### **VI. EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE**

Al finalizar el proceso de capacitación de cada grupo, se procederá a la evaluación de los conocimientos obtenidos, por parte de la autora, utilizando para ello el mismo instrumento aplicado al inicio de la investigación

## VII. MEDIOS Y MATERIALES EDUCATIVOS

<b>MEDIOS Y MATERIALES</b>	<b>CANTIDAD</b>
Papel bond	1 ciento
Plumones	1 estuche
Cinta masqui	1 und.
Lapiceros	5 und.
USB	1 und
Grabadora	1 und

## VIII. ACTIVIDADES (Cronograma)

<b>Actividades</b>	<b>Fechas</b>	<b>Contenido</b>
I Tema	1 semana de agosto	Generalidades de la diabetes mellitus
2 Tema	2 semana de agosto	¿Qué hacer ante una hipoglicemia o hiperglicemia?
3 Tema	3 semana de agosto	Tratamiento no farmacológico de la diabetes.
4 Tema	4 semana de agosto	Tratamiento farmacológico de la diabetes.
5 Tema	1 semana de setiembre	Control metabólico y complicaciones a largo plazo.
6 Tema	2 semana de setiembre	Manejo psicológico del diabético

Para la realización del contenido de los temas del 1 – 5 se tomó como base la guía de Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) (4) Y para el tema 7 de la OPS. Paso a paso en la educación y el control de la Diabetes: pautas de atención integral (5)

## **IX. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA DE LA PROPUESTA**

1. Programa Nacional de Diabetes. (Sin fecha). Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/programa\\_\\_nacional\\_de\\_diabetes.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/programa__nacional_de_diabetes.pdf)
2. Federación Internacional de Diabetes. Plan Mundial Contra la Diabetes 2011 – 2012. Recuperado de <https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
3. Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria. (lunes, 08 de febrero de 2010). Educación para la salud. Recuperado de <http://www.grupodiabetessamfyc.es/index.php/guia-clinica/guia-clinica/tratamiento/educacion-para-la-salud.html>
4. Asociación Latinoamericana de diabetes. (Sin fecha). Guías ALAD de diagnóstico control y tratamiento de la diabetes tipo 2. 1 – 77 Recuperado de <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. (2009). Paso a paso en la educación y el control de la Diabetes: pautas de atención integral. Recuperado de [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Paso\\_a\\_paso.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Paso_a_paso.pdf)

## **7. CONCLUSIONES**

- El programa educativo, de tipo participativo a diabéticos tipo II, es eficaz desde el punto de vista del aumento de sus conocimientos de su enfermedad pasando del nivel deficiente 100% en el pre test, a regular 34.3% y bueno 65.7%, en el post test.
- En la población estudiada predominaron los pacientes mayores de 65 años, del sexo femenino y con una escolaridad de primaria.
- Antes de comenzar el programa educativo los pacientes diabéticos tipo II tenían niveles deficientes de conocimiento sobre su enfermedad y como vivir con ella.
- La aplicación del programa a los pacientes diabéticos tipo II, tubo aceptación y asistencia de los participantes, lo que demuestra el interés de estas personas en la educación para la salud como instrumento preventivo, mejorando su nivel de conocimientos.

## **8. RECOMENDACIONES**

- La presente investigación debe considerarse para trabajos futuros, mejorando la implementación de un programa educativo estructurado en el cuidado de las

diferentes enfermedades crónicas, que aumente los esfuerzos para la realización de estrategias educativas con abordajes pro-activas con la participación de los pacientes en todas las fases de planificación, desarrollo y realización de las actividades educativas. Lo que serviría de base para intervenciones preventivas y para la promoción de la salud.

- Toda propuesta de educación activa, para la persona con diabetes mellitus tipo II debe tener como sujeto principal al paciente y el profesional de salud como un facilitador del aprendizaje que despierta en las personas sus potencialidades y la capacidad de re-intervención en la realidad, conquistando la producción de su salud de esta manera el diabético sería corresponsable por su salud y su recuperación.

## **9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Boletín epidemiológico. (09 de noviembre del 2012). 14 de noviembre: Día mundial de la diabetes, 5 (10), 1. Recuperado de

<http://www.rslc.gob.pe/Descargas/Epidemiologia/Boletin/2012/Boletin-N-10-2012.pdf>

2. Federación internacional de diabetes. (2014). Diabetes y alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG). Recuperado de <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/la-carga-mundial?language=es>

3. Iglesias, R., Barutell, L., Artola, s., y Serrano, R. (2014). Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. *Diabetes Práctica*, 5 (2), 1-22. Recuperado de [http://www.diabetespractica.com/docs/publicaciones/139384915902\\_interior\\_5-2.pdf](http://www.diabetespractica.com/docs/publicaciones/139384915902_interior_5-2.pdf)

4. Alarcón, S., Cadena, F., y Reyes, E. (Enero - Junio 2012). Intervención educativa de salud en pacientes con diabetes mellitus para fortalecer el apego al tratamiento. *Waxapa*. 1 (6), 31 – 37. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2012/wax126d.pdf>

5. Lezama, J., Malave, C., y Tovar, M. (2005). Programa de orientación sobre autocuidado a los usuarios con diabetes tipo 2 que asisten a la unidad de diabetes Dra. Iris García de Mota del Hospital Dr, Julio Rodríguez de Cumana – estado Sucre, primer semestre 2005. (Tesis de pregrado). Universidad central de Venezuela. Recuperado de <http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/2021/1/Tesis%20Programa%20autocuidado%20diabetes%20tipo%202.pdf>

6. Noda, J., Pérez, J., Rodríguez, M., y Aphan, M. (2008). Conocimientos sobre "su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *Rev Med Hered*. 19 (2), 68 – 72. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2008000200005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2008000200005).

7. Cedrón, J. (2013). Impacto de dos estrategias: teach-back y por imágenes ilustrativas, a comparación de indicación por consulta, sobre la adherencia al régimen dietético. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, ISSN-e 2227-4331. 6 (2), 44-47. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4501090>

8. Barceló, A. 2009. Paso a paso en la educación y el control de la Diabetes: pautas de atención integral. Organización Panamericana de la Salud. 89. Recuperado de [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Paso\\_a\\_paso.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Paso_a_paso.pdf)

9. Federación internacional de diabetes. (2014). Educación diabética. Recuperado de <http://www.idf.org/la-campana/educacion-y-prevencion-de-la-diabetes/educacion-diabetica?language=es>.

10. Revilla, L. (2013). Situación de la vigilancia de diabetes en el Perú, al I semestre de 2013. *22* (39), 825 – 828. Recuperado de [http://www.dge.gob.pe/Boletin\\_sem/2013/SE39/se39-02.pdf](http://www.dge.gob.pe/Boletin_sem/2013/SE39/se39-02.pdf)
11. Boletín epidemiológico semanal red de salud islay. (2014). Diabetes un problema de Salud pública, *8*, 1. Recuperado de [http://www.saludarequipa.gob.pe/redislay/boletines/2014/BOLETIN\\_EPI\\_SEM8\\_2014.pdf](http://www.saludarequipa.gob.pe/redislay/boletines/2014/BOLETIN_EPI_SEM8_2014.pdf)
12. Definición de programa educativo. (Sin fecha). Recuperado de <http://definicion.de/programa-educativo/#ixzz3gLuVSmdG>
13. Walker, C., y Monterp, L. (2004). Principios generales de la educación de adultos. *Revista Chilena de Medicina Familiar*. Recuperado de [http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/r/pubcarolinareyes/site/artic/20110310/asocfile/educacion\\_de\\_adultos\\_\\_5\\_\\_y\\_6\\_\\_clase.pdf](http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/r/pubcarolinareyes/site/artic/20110310/asocfile/educacion_de_adultos__5__y_6__clase.pdf).
14. Moreno, J. (Sin fecha). Educación participativa de adultos. El modelo dialogante de Jane Vella. *Revista de estudios medico humanísticos*. *15* (5), Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica15/EducacionPartAdultos.html>
15. Organización mundial de la salud. (2014). Diabetes. Recuperado de [http://www.who.int/diabetes/action\\_online/basics/es/](http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/).
16. Ministerio de sanidad y consumo. (1 julio 2008). Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. *1* – 181. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_429\\_Diabetes\\_2\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf).
17. Asociación Latinoamericana de diabetes. (Sin fecha). Guías ALAD de diagnostico control y tratamiento de la diabetes tipo 2. *1* – 77. Recuperado de <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>
18. Pérez, A., Alonso, L., García, A., Garrote, I., González, S., Morales, J. (2009). Intervención educativa en diabéticos tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *25*(4), 17-29. Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol\\_25\\_4\\_09/mgi03409.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi03409.pdf)
19. American Diabetes Association. (10 de junio del 2014). Números en general, diabetes y prediabetes. Recuperado de <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/datos-sobre-la-diabetes/>
20. Romero, I., Manoel, S., Martins, T., Zaneti, M. (2010). Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *18*(6), 1-9. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf)

21. Camero, J., Curbelo, J., Martínez, M., Novales, A., Trasanco, M. (2007). Efectividad de una intervención educativa en adultos mayores diabéticos: Policlínico "Raúl Sánchez", Pinar del Río 2007. *Rev. Ciencias Médicas*. Agosto 2008, 12(2), 1-12. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v12n2/rpr11208.pdf>
22. Gobierno Regional La Libertad Gerencia Regional De Salud La Libertad Unidad Territorial De Salud N° 06 Trujillo Este. (Mayo del 2014). Plan Operativo Institucional 2014. Recuperado de [http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/14117/PLAN\\_14117\\_2014\\_poi-2014.pdf](http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/14117/PLAN_14117_2014_poi-2014.pdf)
23. Giménez, M. (2013). Nivel de Conocimientos en Paciente Diabéticos tipo II. Eficacia de una estructura educativa (tesis de postgrado). Universidad CEU Cardenal Herrera. Recuperado de [http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/5781/1/TFM\\_Gim%C3%A9nez%20Monle%C3%B3n,%20Marta\\_Nivel%20de%20conocimientos%20en%20pacientes%20diab%C3%A9ticos%20tipo%202%20eficacia%20de%20una%20estrategia%20educativa.pdf](http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/5781/1/TFM_Gim%C3%A9nez%20Monle%C3%B3n,%20Marta_Nivel%20de%20conocimientos%20en%20pacientes%20diab%C3%A9ticos%20tipo%202%20eficacia%20de%20una%20estrategia%20educativa.pdf)
24. Hernández. A, (sin fecha). Educación Para la Salud a Pacientes Diabéticos en Zonas de Salud Rurales. Subdirección Salud Pública de Teruel. Recuperado de <http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/104/trabajo-2008-2.pdf>
25. De la Cruz, I. (2011). Intervención Educativa Para Incrementar el Conocimiento en la prevención de las Complicaciones en Pacientes con Diabetes mellitus del centro de Salud de Macuspana Tabasco,2009. (tesis de postgrado).
26. Pantoja, C., Domínguez, M., Moncada, E., Reguera, M., Pérez, M., y Mandujano, M. (2011). Programa de Entrenamiento en Habilidades de Autocontrol Alimenticio en personas Diabéticas e Hipertensas. *Universidad Nacional Autónoma de México*, 14 (1), 1-18.
27. Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual, E., Medina, M.,... Cano, R. (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23 (1), 1-6. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55923103>.

## 10. ANEXOS

- ANEXO N° 1: DATOS GENERALES
- ANEXO N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO
- ANEXO N° 3: TEST DE AUTOEVALUACIÓN
- ANEXO N° 4: PROGRAMA EDUCATIVO PARA DIABÉTICOS TIPO

## **ANEXO N° 1**

### **DATOS GENERALES**

**PERSONA USUARIO (A) DEL CONSULTORIO N° 18**

**Ficha N° \_\_\_\_\_**

**Datos generales**

Cuál es su edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino

Masculino

Escolaridad: \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 2**

## Consentimiento informado

El que suscribe \_\_\_\_\_ . Está de acuerdo en participar en el estudio sobre Intervención educativa sobre el conocimiento de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2.

Para dar este consentimiento he recibido una explicación amplia sobre mi participación en el mismo por parte de la autora. Quien me han informado que:

1. En mi condición de paciente diabético necesito información acerca de mi enfermedad, sus complicaciones y elementos a tener en cuenta para mantener o mejorar mi calidad de vida.
2. Los pacientes que se incluyan en este estudio están sujetos al procedimiento y tratamiento general habitual utilizado en nuestro sistema de salud.
3. Como consecuencia de mi desconocimiento puedo evolucionar a complicaciones severas de mi salud.
4. Se van a incluir a todos los pacientes diabéticos que acepten participar, pertenecientes al consultorio médico No. 18 del Hospital I Florencia de Mora.
5. El estudio consistirá en un cuestionario exploratorio sobre datos personales y una encuesta que recoge elementos relacionados con el nivel de conocimientos.
6. Los datos aportados deben ajustarse a la realidad para evitar falsos positivos en el estudio
7. Se me ha explicado claramente y he comprendido los objetivos de este trabajo.
8. Mi consentimiento de participar en el estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar, no tendrá ninguna consecuencia sobre mi relación con el personal médico y para médico que laboran en la institución de salud, los que me seguirán atendiendo según las normas de conducta habituales en la institución y nuestra sociedad.

Y para que conste y por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento, junto con el médico que me ha dado las explicaciones a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2015

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

## ANEXO N° 3

## TEST DE AUTOEVALUACIÓN

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Evaluación: \_\_\_\_\_

Por favor necesitamos que responda las siguientes preguntas con el objetivo de conocer sus conocimientos acerca de la diabetes mellitus. Circule la respuesta que usted crea sea la correcta. Gracias por su colaboración.

### **I. Concepciones sobre la diabetes mellitus II**

1. La glucosa para penetrar a la célula necesita.
  - a) Insulina
  - b) Proteínas
  - c) grasas
  - d) nutrientes
  
2. La insulina es una hormona fabricada en.
  - a) hígado
  - b) estomago
  - c) páncreas
  - d) riñón
  
3. Una de las siguientes afirmaciones sobre la diabetes tipo 2 es falsa
  - a) Es la menos frecuente de los tipos de diabetes
  - b) Se asocia en el 80% a obesidad
  - c) No precisa insulina para mantener la vida
  - d) Comienza habitualmente después de los 40 años.
  
4. Decimos que una persona es diabética si la glucosa en sangre en ayunas es:
  - a)  $\geq 126$  mg/dl
  - b)  $\leq 118$  mg/dl
  - c)  $> 111$  mg/dl
  - d) entre 110 mg/dl y 125 mg/dl
  
5. De los siguientes factores de riesgo uno no lo es
  - a) Antecedentes de familiares que padezcan de diabetes mellitus.
  - b) Sobrepeso y obesidad
  - c) Enfermedad cardiovascular
  - d) Mujeres que haya tenido bebés con un peso mayor a 4 kilos
  - e) Ninguna de las anteriores.

### **II. Aspectos sobre hipoglicemia, hiperglicemia**

6. La diabetes descompensada tiene los siguientes síntomas excepto
- a) toma mucho agua
  - b) orina mucho
  - c) gana de peso
  - d) cansancio
7. La glucosa se elimina por la orina cuando sobrepasa en la sangre los
- a) 180 mg/dl
  - b) 198 mg/dl
  - c) 200 mg/dl
  - d) 170 mg/dl
8. Que debe hacer una persona diabética cuando nota los síntomas de hipoglucemia
- a) dormirse
  - b) sentarse y esperar que le pase
  - c) comer carbohidratos simples, azúcar, caramelo
- 9 ¿Qué hacer en caso de una hiperglucemia?
- a) Beber más agua de lo habitual, incluso sin que tenga sed, para no deshidratarte
  - b) No cumplir con su tratamiento de medicinas
  - c) No es importante realizarse los análisis de azúcar en sangre
- 10 ¿No es causa de hiperglucemia:
- a) No inyectar su insulina, o no tomar su medicamento oral (pastillas).
  - b) Utilizar menos cantidad de insulina o hipoglicemiantes orales (pastillas) de lo indicado.
  - c) Comer más de lo indicado o ingerir comidas con alto contenido de azúcar no incluidas en su régimen nutricional.
  - d) No estar enfermo o con alguna infección (gripe, fiebre, etc.) o bajo mucha tensión.

### **III. Tratamiento no farmacológico de la diabetes**

11. De las siguientes afirmaciones una sola es verdadera:
- a) todos los pacientes diabéticos necesitan una dieta de 1200 cal
  - b) todos los pacientes diabéticos necesitan una dieta de 1500 cal
  - c) Cada persona diabética necesita una dieta con las calorías necesarias para conseguir su peso ideal
12. De las siguientes afirmaciones sobre el ejercicio solo una es falsa
- a) se debe practicar en forma regular
  - b) disminuye los niveles de glucosa en sangre
  - c) se puede practicar independientemente de cómo tengamos la glucemia
  - d) se recomienda de 3 a 5 veces a la semana

13. El manejo nutricional de la persona con diabetes tiene como objetivo lograr que el paciente:
- a) Modifique sus malos hábitos de alimentación
  - b) Mantenga un buen control de su diabetes en situaciones de excepción como las fiestas o viajes.
  - c) Los requerimientos nutricionales de las personas con diabetes no son iguales a la de la población general
14. Con referencia a la actividad física es correcto:
- a) No Incrementar en forma gradual su nivel de actividad física hasta llegar a un mínimo de 150 minutos de actividad física moderada a la semana
  - b) Iniciar tratamiento farmacológico con actividad física.
  - c) La realización de ejercicio físico aeróbico de forma continuada más de 120 minutos por semana reduce el riesgo de enfermedad coronaria
15. ¿Cómo ayuda el ejercicio a las personas que tienen diabetes?
- a) El ejercicio fortalece los huesos y los músculos.
  - b) El ejercicio mejora la coordinación, el equilibrio, la fuerza y la resistencia.
  - c) El ejercicio aumenta el nivel de glucosa
  - d) El ejercicio contribuye a que la insulina desempeñe mejor su función, lo que ayuda a mantener las concentraciones de azúcar en sangre dentro de los límites saludables.

#### **IV. Tratamiento farmacológico de la diabetes**

16. Una de las siguientes afirmaciones sobre la inyección de insulina es falsa
- a) no hace falta tener higiene
  - b) hay que rotar el sitio de inyección
  - c) se puede mezclar dos tipos de insulina en la misma inyección
17. Una de las siguientes afirmaciones es falsa
- a) Está indicado el tratamiento farmacológico en aquellos pacientes diabéticos tipo 2,
  - b) Si vas hacer operado debes tomar tu tratamiento
  - c) Si tomas pastillas o te inyectan insulina no es necesario la dieta y ejercicio
18. Con lo referente a la diabetes tipo II y enfermedades agudas es falso:
- a) Es necesario seguir con su tratamiento

- b) No es necesario seguir con su tratamiento
  - c) Es necesario recibir tratamiento para la enfermedad aguda
- 19.- La diabetes tipo II y su tratamiento es verdadero:

- a) Si me aplican insulina estoy en la etapa terminal de la enfermedad.
- b) La insulina me deja ciego
- c) Puedo tomar otros medicamentos con la insulina
- d) No debo inyectarme la insulina todos los días.

20.- Las personas con diabetes tipo II su tratamiento y su trabajo es falso:

- a) Pueden realizar sin problemas cualquier tipo de trabajo.
- b) Necesitan de recreos para comer o beber, tomar medicamentos o comprobar los niveles de azúcar en sangre.
- c) A veces pueden dejar de tomar su tratamiento pues su trabajo esta primero.

## **V. Control metabólico y complicaciones a largo plazo**

21. Una de las siguientes afirmaciones sobre los pies en los pacientes diabéticos es falsa a-no es necesario revisarse los pies regularmente

- a) No deben andar descalzos
- b) debe secarse cuidadosamente los pies
- c) No utilizar callicidas, ni cortar .ni manipular los callos
- d) No fumar

22. Para tener un adecuado control metabólico es necesario:

- a) Medirse con frecuencia el nivel de azúcar en la sangre
- b) Modifique los estilos de vida aprendidos
- c) No es necesario la educación del paciente y su familia

23. Una de las siguientes complicaciones de la diabetes no lo es:

- a) Puede aumentar el riesgo de tener enfermedades cardíacas
- b) Trastornos en los huesos y articulaciones.
- c) Disfunción sexual
- d) La causa puede no puede ser una infección o reacción a algún medicamento.

24. El control metabólico comprende:

- a) Es clave para la diabetes
- b) El papel del endocrinólogo no es importante
- c) La glicemia ha sido una de las principales medidas de vigilancia médica en diabetes

25. Uno de las siguientes complicaciones de la diabetes te lleva a la diálisis renal

- a) Complicaciones de la piel
- b) Complicaciones de los ojos
- c) Neuropatía
- d) Enfermedad renal (nefropatía)

## **VI. Manejo psicológico del diabético**

26. El manejo de la diabetes no incluye:

- a) Dieta saludable
- b) Ejercicio
- c) Tomar su tratamiento farmacológico de forma regular
- d) El aspecto psicológico y psicosocial no influye notablemente en el tratamiento

27. Una de las siguientes afirmaciones es falsa:

- a) Los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad
- b) El tratamiento de la diabetes incluye el consumo de alimentos con alto contenido calórico, la disminución en la actividad física y el manejo inadecuado del estrés
- c) Los pacientes diabéticos deben pasar consulta en psicología

28. El tratamiento psicológico incluye:

- a) Es fundamental que el apoyo psicológico se mantenga a lo largo del tiempo
- b) Que se adapte a cada etapa de vida del paciente
- c) Los profesionales de la psicología tienen un papel importante a la hora de dar pautas que permitan aceptar la nueva situación a que da lugar la enfermedad y a convivir con ella.
- d) No es necesario que inicie junto con el tratamiento farmacológico

29. El tratamiento psicológico influye en:

- a) Como se da el tratamiento
- b) Si se esclarecen o no dudas o mitos
- c) La historia familiar
- d) Todas las anteriores.

30. Son dificultades para el tratamiento psicológico:

- a) Bajo nivel de conciencia que tienen de la enfermedad
- b) Negación de su enfermedad
- c) Resistencia al cambio
- d) Abandono por falta de motivación al cambio de hábitos y conductas
- e) Todas las anteriores.

#### RESPUESTAS AL TEST DE AUTO EVALUACIÓN

1. -a.	2. -c.	3. -c.	4. -a.	5. -e	6. -c.	7. -a.
8. -c.	9. -a.	10. -d.	11. -c	12.- c	13.- c	14.-a
15.- c	16.- a	17.-c	18.- b	19.- c	20.- c	21.- a
22.-c	23.- d	24.-b	25.- d	26.-d	27.-b	28.-d
29.- d	30.- e					

#### ANEXO N° 4

#### PROGRAMA EDUCATIVO PARA DIABÉTICOS TIPO II

### **Actividad # 1:**

**Tema:** Generalidades de la diabetes mellitus. Técnica de educación para la salud: clase

**Duración:** 60 minutos

#### **Objetivos:**

1- Explicar en qué consiste la diabetes, su evolución y pronóstico. Criterios populares acerca de la enfermedad. Posibilidades terapéuticas, sus riesgos y sus beneficios.

2- Explicar las diferencias existentes entre diabetes mellitus tipo I y II.

**Contenidos:** Consideraciones generales sobre la diabetes mellitus: definición, clasificación, evolución y pronóstico.

**Bibliografía:** Guías ALAD.

### **Actividad #2**

**Tema:** ¿Qué hacer ante una hipoglicemia o hiperglicemia? Técnica de Educación para la Salud: clase y dinámica de grupo

**Duración:** 60 minutos

#### **Objetivos:**

1. Definir los conceptos de dichos estados

2. Explicar los principales síntomas clínicos de la hipoglicemia e hiperglicemia

3. Explicar la conducta a seguir ante dichos estados.

4. Actuación ante situaciones especiales: viajes, deporte, enfermedad intercurrente

**Contenidos:** Complicaciones frecuentes de la diabetes mellitus. Cuadro clínico de la hiperglicemia e hipoglicemia. Conducta ante estos cuadros.

**Bibliografía:** Guías ALAD

### **Actividad #3**

**Tema:** Tratamiento no farmacológico de la diabetes. Técnica de educación para la Salud: clase y demostración

**Duración:** 60 minutos

**Objetivos:**

- 1- Explicar la importancia de la modificación de los estilos de vida
- 2- Profundizar en las características de la dieta
- 3- Demostrar una serie de ejercicios físicos de fácil realización.
- 4- Profundizar en los cuidados específicos relacionados con la higiene personal

**Contenidos:** Tipos de ejercicios físicos compatibles con la enfermedad. Demostración práctica. Educación nutricional. Higiene personal: cuidados específicos en el paciente diabético.

**Bibliografía:** Guías ALAD

**Actividad #4**

**Tema:** Tratamiento farmacológico de la diabetes. Técnica de educación para la Salud: clase y demostración Duración: 60 minutos

**Objetivos:**

- 1- 1-Explicar el esquema de tratamiento con hipoglucemiantes orales.
- 2- 2-Explicar principales interacciones medicamentosas y efectos adversos.
- 3- 3-Demostrar la técnica de inyección de la insulina.

**Contenidos:** terapéutica con hipoglucemiantes orales. Terapéutica con Insulina: tipos, forma de actuar, inyecciones, rotaciones, mezclas, cambios de dosis.

**Bibliografía:** Guías ALAD

**Actividad # 5**

**Tema:** Control metabólico y complicaciones a largo plazo. Técnica de Educación para la Salud: clase y demostración

**Duración:** 60 minutos

**Objetivos:**

- 1- Demostrar las técnicas de autocontrol metabólico en sangre y de orina. Enfatizar en su importancia para el control metabólico
- 2- Mencionar las principales complicaciones de la diabetes a largo plazo.
- 3- Explicar cómo prevenir las complicaciones.

**Contenidos:** Vigilancia del inicio de complicaciones. Importancia del control Metabólico. Técnicas de autocontrol en sangre y/u orina. Importancia del control y reconocimiento de otros factores de riesgos.

**Bibliografía:** Guías ALAD

**Actividad # 6**

**Tema:** Manejo psicológico del diabético técnica de educación para la salud: clase y dinámica grupal duración: 60 minutos

**Objetivos:**

1. Identificar las posibles reacciones emocionales del paciente ante el diagnóstico de la enfermedad.
2. Proporcionar los recursos para que sea un individuo "capaz", activo y autónomo respecto al cuidado de su diabetes.

**Contenidos:** Fases por las que generalmente transita el paciente ante el diagnóstico de la diabetes. Importancia del apoyo familiar y psicológico. Redimensionamiento de los estilos de vida. Importancia de educación sexual y reproductiva en diabetes. Uso de recursos asertivos ante cada una de las fases.

**Bibliografía:** OPS. Paso a paso en la educación y el control de la diabetes: pautas de atención integral