

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



CAPACIDADES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA LA PRÁCTICA DE NUEVOS ESTILOS DE VIDA. PUESTO DE SALUD APURIMAC A.S.A. AREQUIPA, 2013

Tesis presentada por las Bachilleres:

**ALVARADO ÁLVAREZ, ZULEMA ROSSY
TEJADA CONCHA, PAULA ROSA ADRIANA**

Para optar el Título Profesional de
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

**AREQUIPA – PERÚ
2014**

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARIA.**

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que UD. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **CAPACIDADES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA LA PRÁCTICA DE NUEVOS ESTILOS DE VIDA. PUESTO DE SALUD APURIMAC A.S.A. AREQUIPA, 2013**, requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Abril del 2014

Alvarado Álvarez, Zulema Rossy

Tejada Concha, Paula Rosa Adriana

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ASUNTO: (Decreto N° 0027 – DFENF – 2014/ Expediente N° 14010196)

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Magister Ruth Romero de Rodríguez

Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador

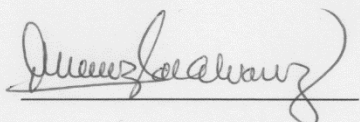
ASUNTO : Dictamen de Borrador de Tesis Titulado:

“CAPACIDADES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA LA PRÁCTICA DE NUEVOS

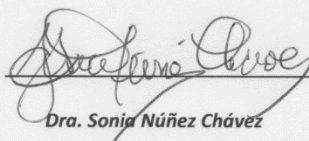
ESTILOS DE VIDA. PUESTO DE SALUD APURIMAC A.S.A., AREQUIPA 2013”

FECHA : 05 de abril, 2014

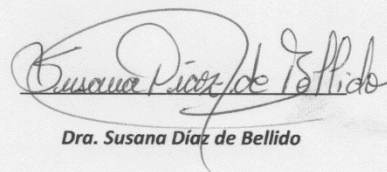
Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador, y revisado el borrador de tesis presentado por las señoritas Bachilleres: **ZULEMA ROSSY, ALVARADO ÁLVAREZ Y PAULA ROSA, ADRIANA TEJADA CONCHA**; y levantadas las observaciones del jurado; se dictamina que el estudio puede pasar a la fase de sustentación



Dra. Delia Núñez de Álvarez



Dra. Sonia Núñez Chávez



Dra. Susana Díaz de Bellido

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Mgter. Ruth Romero de Rodríguez**
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : **Dra. Dominga Vargas de Flores**
Asesora del estudio de Investigación

ASUNTO : **Asesoría de Tesis Titulada:**
CAPACIDADES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA LA PRÁCTICA DE NUEVOS ESTILOS DE VIDA. PUESTO DE SALUD APURIMAC A.S.A. AREQUIPA, 2013

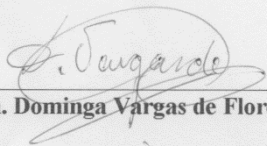
AUTORAS : **ALVARADO ÁLVAREZ, ZULEMA ROSSY**
TEJADA CONCHA, PAULA ROSA ADRIANA

FECHA : Arequipa, 03 de Marzo del 2014

Antecedentes: La asesoría del estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de Setiembre del 2013 a Enero del 2014, tiempo en el que se revisó el Enunciado, los Objetivos, Variables, Justificación, Marco Teórico y el Contenido Operacional; revisión que demandó la reestructuración tanto de la teoría como de la investigación propiamente dicha, en la que se ha considerado tablas estadísticas.

Apreciación Personal: Los resultados de la investigación permitirán fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión de Enfermería.

Atentamente,


Dra. Dominga Vargas de Flores

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

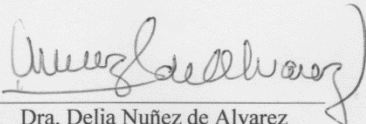
Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:
**CAPACIDADES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA LA
PRÁCTICA DE NUEVOS ESTILOS DE VIDA. CLUB DEL DIABÉTICO
DEL HRHDE. AREQUIPA, 2013**

Autora : **ALVARADO ÁLVAREZ, ZULEMA
TEJADA CONCHA, PAULA**

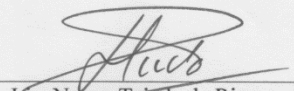
Fecha : Arequipa, 8 de Julio del 2013

Después de haber subsanado las observaciones hechas por el Jurado Dictaminador, el proyecto queda apto para su ejecución.

Atentamente,



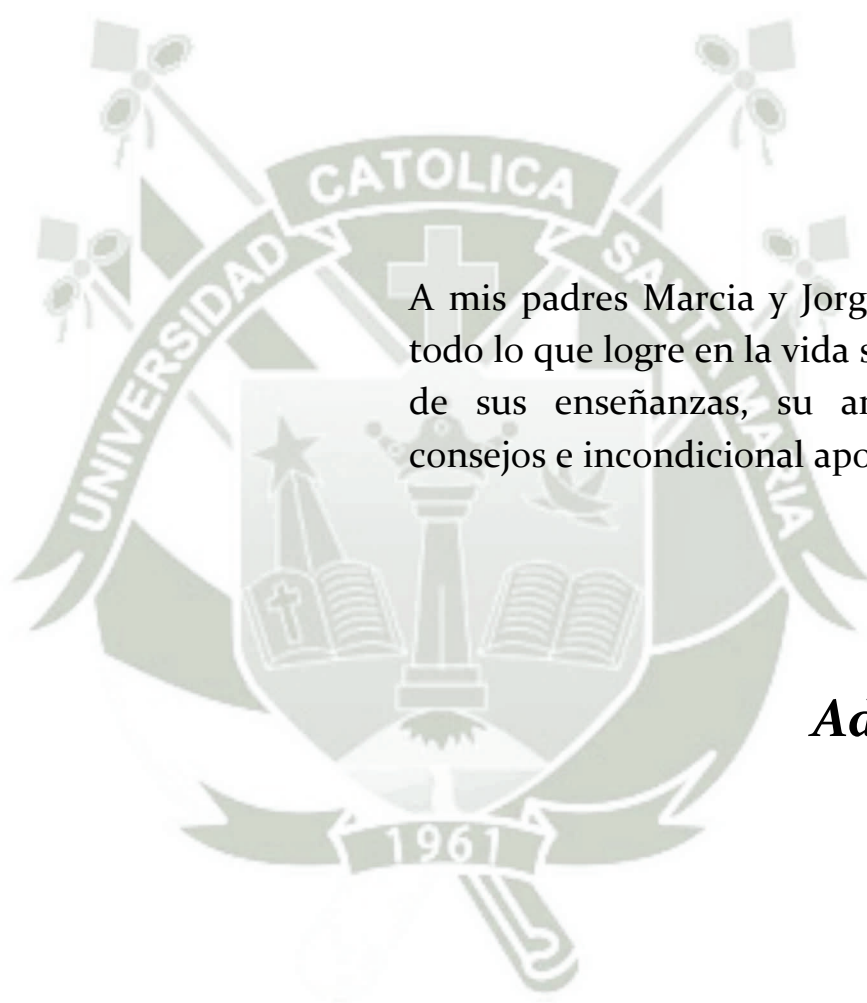
Dra. Delia Nuñez de Alvarez
Miembro del Jurado Dictaminador



Lic. Nancy Tejada de Riveros
Miembro del Jurado Dictaminador

A Dios,
por estar siempre con nosotros en cada paso que
damos, cuidándonos y dándonos fortaleza para
continuar.

A nuestros docentes:
Por haber compartido sus valiosas experiencias y
fortalecido en nosotras la vocación de servicio.



A mis padres Marcia y Jorge porque
todo lo que logre en la vida será fruto
de sus enseñanzas, su amor, sus
consejos e incondicional apoyo.

Adriana

A mi madre Rosa

Por su amor, apoyo incondicional y sabias enseñanzas, las que me permitirán avanzar con seguridad en el camino de la vida.

A todas aquellas personas que contribuyeron a la realización de este trabajo y cristalización profesional.

Zulema

INDICE

	PÁG.
INDICE DE ILUSTRACIONES	10
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCION	13

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1 Enunciado del Problema	15
1.2 Descripción del Problema	15
1.3 Justificación	17
2. OBJETIVOS	18
3. MARCO TEÓRICO	19
4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	43
5. HIPÓTESIS	44

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA E INSTRUMENTO	45
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	45
2.1. Ubicación Espacial	45
2.2. Ubicación Temporal	45
2.3. Unidades de Estudio	46
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46

CAPÍTULO III RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	48
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	68



INDICE DE ILUSTRACIONES

TABLAS	PÁG
1. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN EDAD. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	49
2. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN GÉNERO. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	50
3. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN ESTADO CONYUGAL. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	51
4. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN ESCOLARIDAD. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	52
5. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	53
6. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	54
7. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDAD SENSORIAL DE LA VISIÓN. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	55
8. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDAD SENSORIAL DEL TACTO Y ACTIVIDADES. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	56
9. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDADES COGNITIVAS. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	58
10. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDAD BIOFISICA DEL DESCANSO Y SUEÑO. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	59
11. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDADES BIOFISICAS: CUIDADO DE PIEL Y MUCOSAS. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	60
12. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDADES BIOFISICAS: ALIMENTACIÓN. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	62
13. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDADES PSICOLOGICAS: CONSERVACION DE SU AUTOESTIMA. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	63
14. PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDADES PSICOLOGICAS: SUPERACIÓN DE SITUACIONES EMOCIONALES. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013	64

RESUMEN

Se realizó el estudio de investigación sobre Capacidades de los Pacientes diabéticos para la Práctica de Nuevos Estilos de Vida. Estudio realizado en el Puesto de Salud Apurímac de Alto Selva Alegre de Arequipa. El objetivo a lograr en dicho estudio fue determinar las capacidades sensoriales, cognitivas, biofísicas y psicológicas que poseen los pacientes diabéticos, para la práctica de nuevos estilos de vida. Investigación que se ubica en el campo de las ciencias de la salud y en el nivel descriptivo. La técnica e instrumento utilizados para la obtención de los datos fueron la encuesta y el formulario de preguntas los que fueron aplicados a 25 pacientes portadores de Diabetes.

Los datos fueron procesados estadísticamente e interpretados, proceso que indujo a las conclusiones: **Primera:** El 80% de los pacientes diabéticos tienen la capacidad sensorial de la visión disminuida y más del 30% promedio, disminuida la capacidad del tacto; situación que les limita la realización de sus actividades cotidianas. **Segunda:** El 76% promedio de los pacientes diabéticos poseen capacidades cognitivas que les permite reconocer oportunamente los factores de riesgo y los síntomas de las complicaciones de la Diabetes, así como la importancia del cumplimiento del tratamiento integrado. **Tercera:** En relación a las capacidades biofísicas, la del descanso, sueño y recreación en más del 50% promedio, no es puesta en práctica en forma continua por los pacientes diabéticos. El 57% promedio con capacidades de realizar la higiene corporal y el 52%, la de alimentarse cumpliendo el régimen indicado. **Cuarta:** Los pacientes diabéticos en porcentajes que representan a la cuarta parte muestran capacidad para conservar su autoestima.

En alusión a las conclusiones obtenidas se recomendó a los profesionales de las Ciencias de la Salud del Puesto de Salud Apurímac programen ciclos educativos para mejorar los estilos de vida en este tipo de pacientes, realizar seguimiento individual y/o colectivo, a fin de detectar oportunamente estas limitaciones e iniciar acciones de recuperación.

Palabras claves: capacidades – pacientes diabéticos estilos de vida saludable.

- Paula Rosa Adriana Tejada Concha, adri55.92@hotmail.com, Calle Espinar 1813, Miraflores. Telf. 992531794
- Zulema Rossy Alvarado Alvarez, Zulema_2520@hotmail.com, Calle Dialéctica 149 Urb. Jose Carlos Mariátegui, Paucarpata . Telf. 959283099

ABSTRACT

The research study Capabilities diabetic patients for the Practice of New Life style was performed. Study in the Health Post Apurimac Arequipa Alto Selva Alegre. The objective to be achieved in this study was to determine the sensory, cognitive and psychological capacities, possessing biophysical diabetic patients, to practice new lifestyles, Research which is located in the field of health sciences and the level descriptive. The technique and instrument used for data collection were the survey questions and the form of Diabetes.

Data were statistically processed and interpreted, a process that led to the conclusions:

First, 80% of diabetic patients have sensory discrimination ability of vision and average more than 30 %, the ability of touch, a situation that limits them from performing their daily activities. **Second**: The average of 76% of diabetic patients have cognitive ability that allows them to promptly recognize there is factors and symptoms of complications of diabetes and the importance of implementation of integrated treatment . **Third**: In relation to the biophysical capabilities, sleep and recreation in average more than 50 %, it is not put in to practice in continuous forms by diabetic patients. The average capacity of 57% is performing personal hygiene and 52%, fulfilling the feed in regime indicated. **Fourth**: Diabetic patients in percentages represent the fourth show ability to preserve their self-esteem.

Referring to the conclusions suggested to professionals Health Sciences Health Post Apurimac was schedule educational cycles to improve life styles in these patients and perform individual monitoring and / or collectively ,to detect early this limitation and initiate recovery actions.

Key words : capacity – diabetic patients healthy life styles

- Paula Rosa Adriana Tejada Concha, adri55.92@hotmail.com, Calle Espinar 1813, Miraflores. Telf. 992531794
- Zulema Rossy Alvarado Alvarez, Zulema_2520@ hotmail.com, Calle Dialéctica 149 Urb. Jose Carlos Mariátegui , Paucarpata . Telf. 959283099

INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus como enfermedad metabólica crónica e irreversible ocasiona en las personas que la portan, alteraciones biofísicas y psicoemocionales que limitan la realización de sus actividades cotidianas por disminución de las capacidades sensoriales, biofísicas y psicológicas.

Es una enfermedad actualmente incurable y generalmente evolutiva; sin embargo, puede ser abordada con un tratamiento constante y estilos de vida modificados, los que si son bien llevados permite a los pacientes una vida útil y plena.

Si la Diabetes no es controlada adecuadamente, puede llegar a serias complicaciones médicas como enfermedades cardíacas, problemas circulatorios, nerviosos y renales. La forma de evitarlas es a través del control de la enfermedad y la práctica de estilos de vida saludable.

Más que una entidad única, la Diabetes es un grupo de procesos con causas múltiples, que hasta pueden afectar la psicología del paciente. Este déficit, puede ser mínimo o puede ser total, con todos los grados intermedios, pero todos en mayor o menor cuantía tienen comprometida su salud, sus posibilidades de vivir sin padecimientos físicos y probablemente ver acortada su existencia. Todas estas probabilidades negativas pueden ser corregidas con un tratamiento adecuado y una conducta disciplinada de modos o estilos de vida.

Altos porcentajes de pacientes adultos diagnosticados de Diabetes pasan por la situación antes señalada, por lo que es necesario su estudio a fin de obtener resultados que permite dar las pautas necesarias para mantener estable las capacidades tanto sensoriales como biofísicas y psicológicas, agregando a éstas las cognitivas.

El presente estudio responde a esta necesidad, teniendo como objetivo el indagar sobre las capacidades que poseen los pacientes con Diabetes atendidos en el Puesto de Salud Apurímac de Alto Selva Alegre.

Metodológicamente, la presente investigación se le ubica en el campo de las ciencias de la Salud y es de nivel descriptivo. Su contenido está organizado por capítulos: el primero, contiene el planteamiento teórico; el segundo, el planteamiento operacional y el tercero está compuesto por los resultados, conclusiones, recomendaciones y anexos.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.Enunciado del Problema

CAPACIDADES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA LA PRÁCTICA DE NUEVOS ESTILOS DE VIDA, PUESTO DE SALUD APURIMAC A.S.A. AREQUIPA, 2013

1.2.Descripción del Problema

1.2.1. Campo, Área y Línea

- a. Campo : Ciencias de la Salud
- b. Área : Salud del Adulto
- c. Línea : Enfermedad crónica irreversible

1.2.2. Operacionalización de Variables

El estudio tiene una variable interviniente:

Capacidades para la práctica de nuevos estilos de vida.

Variables	Indicadores	Subindicadores
Características sociodemográficas	1. Edad	1.1. 30 – 39 1.2. 40 – 49 1.3. 50 – 59 1.4. 60 a más
	2. Género	2.1. Masculino 2.2. Femenino
	3. Estado conyugal	3.1. Soltero/Soltera 3.2. Casado/conviviente 3.3. Divorciado/separado 3.4. Viudez
	4. Escolaridad	4.1. Primaria 4.2. Secundaria 4.3. Superior 4.4. Sin instrucción
	5. Zona de Residencia	5.1. Urbana 5.2. Periurbana 5.3. Rural
	6. Tiempo de enfermedad y tratamiento	6.1. Uno a dos años 6.2. Tres a cuatro años 6.3. Más de cinco años
Capacidades para la Práctica de Nuevos Estilos de Vida	1. Sensoriales	1.1. Tacto 1.2. Visión
	2. Cognitivas	2.1. Comprensión 2.2. Reflexión 2.3. Internalización 2.4. Aplicación
	3. Biofísicas	3.1. Actividades de hogar y trabajo 3.2. Descanso y Sueño 3.3. Higiene corporal 3.4. Vestido y calzado 3.5. Alimentación 3.6. Eliminación 3.7. Recreación
	4. Psicológicas	2.1. Autoestima 2.2. Afrontamiento social 2.3. Angustia 2.4. Temor 2.5. Miedo

1.2.3. Interrogantes Básicas

- a. ¿Cuáles son las capacidades sensoriales que poseen los pacientes del Puesto de Salud Apurímac de A.S.A para la práctica de nuevos estilos de vida?
- b. ¿Cuáles son las capacidades cognitivas que poseen los pacientes del Puesto de Salud Apurímac de A.S.A para la práctica de nuevos estilos de vida?
- c. ¿Cuáles son las capacidades biofísicas que poseen los pacientes del Puesto de Salud Apurímac de A.S.A para la práctica de nuevos estilos de vida?
- d. ¿Cuáles son las capacidades psicológicas que poseen los pacientes del Puesto de Salud Apurímac de A.S.A para la práctica de nuevos estilos de vida?

1.2.4. Tipo y Nivel del Problema

Tipo : De campo

Nivel : Descriptivo, de corte transversal

1.3. JUSTIFICACIÓN

El estudio es de relevancia social contemporánea y humana porque la incidencia de la Diabetes sigue en aumento, la mitad de los pacientes diabéticos hospitalizados cada año tiene entre 45 a 65 años de edad y las complicaciones graves como las neuropatías y nefropatías ponen en peligro su vida, contribuyendo de manera constante a las mayores tasas de hospitalizaciones con altos costos médicos.

En esta situación es necesario que los pacientes diabéticos sean protagonistas de su diario actuar en el autocuidado de su salud y del control de su enfermedad, considerando que la práctica de estilos de vida que engloba una serie de conductas que aparecen en situaciones concretas de la vida dirigidas

hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan su propio desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar.

El tratamiento del paciente diabético se basa en varios pilares fundamentales que son: una alimentación balanceada, ejercicio físico, tratamiento farmacológico y estilos de vida saludable diferenciados y personalizados.

Asimismo, posee relevancia científica en razón a que permite una amplia revisión bibliográfica del tema a investigar; los conceptos y criterios obtenidos conjuntamente con los hallazgos que se intenta encontrar, servirán de aporte a los profesionales y estudiantes de enfermería, quienes durante su quehacer profesional se enfrentan a tal situación.

El estudio no es original porque le antecede otros estudios relacionados al tema, los que servirán al presente en cuanto a resultados a encontrar.

Asimismo, motiva a las autoras su realización, el obtener el título de Licenciadas en Enfermería.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar las capacidades sensoriales que poseen los pacientes del Puesto de Salud Apurímac de A.S.A de Arequipa para la práctica de los nuevos estilos de vida.
- 2.2. Determinar las capacidades cognitivas que poseen los pacientes del Puesto de Salud Apurímac de A.S.A de Arequipa para la práctica de los nuevos estilos de vida.
- 2.3. Determinar las capacidades biofísicas que poseen los pacientes del Puesto de Salud Apurímac de A.S.A de Arequipa para la práctica de los nuevos estilos de vida.
- 2.4. Determinar las capacidades psicológicas que poseen los pacientes del Puesto de Salud Apurímac de A.S.A de Arequipa para la práctica de los nuevos estilos de vida.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. DIABETES MELLITUS

3.1.1. Definición

Es una enfermedad endocrina, metabólica, crónica e irreversible en la que existe una insuficiencia absoluta o relativa de secreción de insulina por parte de las células Beta de los islotes de Langerhans del páncreas originando una hiperglucemia. Las células del cuerpo no pueden utilizar los azúcares que se toman con los alimentos y éstos comienzan a aumentar en la sangre.

Ante un valor igual o superior a los 200 mg/dl (11,1 mmol/l), en cualquier momento del día, acompañado de los síntomas que veremos más adelante, el diagnóstico es claro y no ha lugar a dudas.¹

3.1.2. Tipos

Básicamente hay dos tipos de diabetes:

A. Tipo I o Diabetes Insulino Dependiente

En este tipo de diabetes casi no se transporta insulina del páncreas al hígado, pues hay muy pocas células Beta produciendo insulina, se han destruido casi todas, por lo que se hacen esenciales para la vida las inyecciones diarias de insulina. Se caracteriza por su inicio súbito, por lo general, antes de los 30 años de edad y afecta principalmente a niños y adultos jóvenes.

B. Tipo II o Diabetes no Insulino Dependiente

Las células Beta permanecen intactas, el problema no es la deficiencia para producir y liberar insulina; sino la capacidad para responder a las

¹http://www.hospitaldenens.com/docs/cas/040334_que_es_la_diabetes_cas.pdf. 2008.

células corporales que la necesitan, esto se conoce como la resistencia a la insulina, se presenta casi siempre en personas mayores de 40 años.²

3.1.3. Etiología

A. Diabetes Tipo I

- **Factores Genéticos:** No es de carácter hereditario por si misma pero hay cierta predisposición a sensibilidad genética (a elaborar células inmunes y anticuerpos que reaccionan). Esta tendencia genética corresponde a ciertos tipos de HLA (antígenos leucocitos humanos) que es el agrupamiento de genes.
- **Factores Inmunológicos:** Hay una respuesta auto inmunitaria anormal en la cual los anticuerpos atacan a las célula de los islotes contra la insulina endógena.
- **Factores Ambientales:** Hay la posibilidad de factores externos que pueden iniciar la destrucción de las células Beta. Se ha propuesto ciertos virus que pueden precipitar un proceso de auto inmunidad que favorece dicha destrucción.

B. Diabetes Tipo II

En la actualidad, se cree que los factores genéticos participan en el desarrollo de resistencia insulínica pero no está definida.

Podemos considerar algunos factores de riesgo como:

- **Edad:** La tolerancia de la glucosa disminuye y guarda relación con la frecuencia de diabetes que aumenta progresivamente con la edad.
- **Obesidad:** Es otro factor que desencadena la diabetes. En las personas obesas sus células adiposas se hacen más grandes y en ocasiones dichas células parecen perder su capacidad de recibir y retener la insulina y son entonces menos eficaces para absorber glucosa y quemarla o convertirla en grasa para reserva.

²HURTS, WILLIAMS, Medicina Interna, 13ava. Ed. Editorial Médica Panamericana. Atina; 1996. p. 876.

Como otros factores desencadenantes tenemos los medicamentos y el estrés: el primero puede empeorar la tolerancia a la glucosa y disminuir la secreción de insulina, entre ellos tenemos los glucocorticoides, diuréticos y anticoagulantes; el segundo origina la mayor secreción de hormonas como el glucagón, ya que disminuye la utilización de glucosa por los tejidos, elevando la glucemia.³

3.1.4. Síntomas y Signos

En la Diabetes Tipo I, los síntomas se dan en forma brusca llevando muchas veces al paciente al coma.

En la Diabetes Tipo II los síntomas pasan desapercibidos, al inicio son leves aumentando la frecuencia de estos en forma paulatina.

Entre los signos y síntomas tenemos: Poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida de peso, astenia, visión borrosa, parestesia y fatiga, son comunes en ambos tipos de diabetes. El prurito vulvar y la vaginitis son síntomas iniciales y frecuentes en las mujeres adultas.

3.1.5. Evaluación Diagnóstica

La glucemia anormalmente alta es el criterio en que debe basarse el diagnóstico de Diabetes, la glucemia en ayunas mayor de 140 mg/dl, o la glucemia al azar mayor a 200 mg/dl, en más de una ocasión sugiere el diagnóstico de Diabetes.

Si la glucemia preprandial es normal o cercana a lo normal el diagnóstico debe elaborarse con fundamento en la curva de tolerancia de la glucosa.

A. Curva de tolerancia a la Glucosa

En la actualidad, la curva de tolerancia a la glucosa oral es más sensible que la endovenosa que se emplea únicamente en situaciones especiales.

³ KILO, Charles. Controle su Diabetes, 3ra Ed. Edit. LIMUSA, S.A. México; 2006. p.p. 172 - 173

El primero de esta prueba se realiza mediante la administración de una solución sencilla de carbohidratos.⁴

B. Glucemia basal:

Menor o igual a 115 mg/dl. 2 horas menor de 140 mg/dl. Valor intermedio: menor o igual a 140 mg/dl. Este test está indicado en pacientes que presentan un valor de glucemia en ayunas de 115 mg/dl, y menor de 140 mg/dl; en pacientes con glucosa postprandial entre 140 a 200 mg/dl, pacientes con antecedentes familiares de diabetes, obesidad, y que presentan alguna manifestación clínica.

El paciente deberá ingerir alimentos ricos en carbohidratos (150 a 300 g.) durante 3 días que precede al estudio, ayuna en la noche del último día, y se extrae una muestra de sangre, se le administra una carga de 75 gramos de carbohidratos; por lo general, en forma de una bebida carbonatada y azucarada (250 a 300 ml.), el paciente deberá permanecer sentado y no fumar durante la prueba, se le extraerá a las 2 horas una siguiente muestra de sangre.⁵

C. Hemoglobina Glucosilada

El examen de hemoglobina glucosilada sirve para determinar cómo ha sido el control glucémico de una persona con diabetes en los últimos tres meses. Por esta razón se recomienda hacer esta prueba cada tres meses y una ventaja es que no se requiere estar en ayuno para hacerla.

La hemoglobina es una proteína que tiene la función de transportar el oxígeno de los pulmones a los tejidos, se encuentra en los glóbulos rojos (células de la sangre).

⁴<http://www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia/diabetes>

⁵<http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes.2009>.

La glucosa se une a la hemoglobina para formar hemoglobina glucosilada, esta unión se mantiene hasta que el glóbulo rojo es desechado, lo cual ocurre en aproximadamente 120 días. Cuando los niveles de glucosa aumentan, también se incrementa la hemoglobina glucosilada.⁶

Diferentes estudios han demostrado que mayores niveles de Hemoglobina glucosilada se asocian a un mayor riesgo de complicaciones. Dado que una persona con diabetes descontrolada es más susceptible de presentar daños en los pequeños vasos sanguíneos, y por consiguiente de desarrollar complicaciones en el corazón, cerebro, ojos y en los riñones, entre otros órganos

La Asociación Americana de Diabetes recomienda la medición de la A1c al menos dos veces en el año y como preferencia 4 veces, o sea en forma trimestral.⁷

3.1.6. Tratamiento

A. Hipoglucemiantes Orales⁸

El tratamiento medicamentoso se inicia cuando la dieta y el aumento en la actividad física no han logrado alcanzar las metas terapéuticas.

Los hipoglucemiantes orales son eficaces en pacientes tipo II, ya que estimulan directamente al páncreas para que secrete insulina, y así poder llegar a los niveles casi normales de la glucosa. Los agentes hipoglucemiantes orales disponibles son las sulfonilurias, cuya acción principal es la de mejorar la acción de la insulina a nivel celular, también disminuye de manera directa la producción de glucosa por el hígado.

⁶<http://www.bd.com/mexico/diabetes/main.aspx?cat=3258&id=62995>. 2014.

⁷<http://www.guioteca.com/diabetes/%C2%BFque-es-la-hemoglobina-glicosilada/>. 2011.

⁸ PROTOCOLO DE DIABETES MELLITUS. Gerencia de Hospitalización del IPSS., Lima – Perú; 1997. p. 45

Las biguanidas por otro lado, reducen el nivel de glucosa en la sangre principalmente al disminuir la cantidad de glucosa producida por el hígado.

Entre las Drogas Hipoglucemiantes orales tenemos:

- a. Tolbutamida que viene en tabletas de 500 mg. dosis de 125 a 500 mg. se administran en una frecuencia de 1 vez al día. En pacientes mayores de 60 años y con alteraciones hepáticas o renales pueden causar hipoglucemia.
- b. Glibenclaxnida (Glidiabet). Vienen en tabletas de 5 mg., se administran en dosis de 2.5 a 20 mg., en una frecuencia de 1 a 2 veces al día puede causar hipoglucemia y alteraciones hepáticas o renales.
- c. Glicepide. Viene en tabletas de 2.5 mg. en dosis de 25 a 40 mg., se administra con una frecuencia de 1 a 2 veces al día.
- d. Gliclazida. Viene en tabletas de 80 mg., se administra en dosis de 80 mg., con una frecuencia de 2 veces al día.
- e. Clorpropamida. Tiene un efecto más prolongado con una duración de 72 horas, es metabolizado por el hígado, la dosis no deben ser variadas por lo menos en una semana, tiene efectos indeseados como hipoglucemia, hiponatremia.
- f. La metformina. Tab x 500 y 800 mg, también ayuda a reducir el nivel de glucosa en la sangre Por lo general se toma dos veces al día. Un efecto secundario de la metformina puede ser diarrea, pero esto mejora cuando se toma el medicamento con alimentos.

B. Insulinoterapia

La insulinoterapia está indicada en pacientes con diabetes tipo I y pacientes con diabetes tipo II, en quienes la dieta ha resultado insuficiente y de igual manera los hipoglucemiantes orales.

Con frecuencia se aplican inyecciones de insulina dos veces al día para controlar el aumento de la glicemia después de las comidas y por la noche.

La dosis requerida de insulina por un paciente está determinada por el grado de glicemia, es entonces esencial una vigilancia precisa de la concentración de glucosa en la sangre.

La vigilancia de la glicemia por el paciente mismo se ha convertido en fundamento de la insulino terapia, debido a su función para evaluar la eficacia de la dosis de insulina y llevar un mejor control de los niveles de glicemia.

En la actualidad, se dispone de un número de preparados de insulina que se agrupan en tres categorías principales:

- **Insulina de acción rápida:**

(Insulina regular e Insulina semilenta) el inicio de acción de la insulina regular es de 30 a 60 minutos, su máximo de dos a cuatro horas, su duración de seis a ocho horas. Se le conoce también con el nombre de insulina cristalina Cinc (Humulin). La insulina semilenta tiene un tiempo de curso un poco mayor, inicio de una a dos horas, máximo de cuatro a seis, y duración de ocho a doce horas. Las dos insulinas son de aspecto transparente y por lo regular se administra 20 a 30 minutos antes de la comida, ya sean solas o en combinación con la insulina de acción más prolongada.

La insulina cristalina rápida o regular viene en frascos de 40 a 80, y 100 UI/ml, la dosis es variable, la vía de administración es subcutánea.

- **Insulina de acción Intermedia:**

(Insulina NPH e Insulina lenta), el inicio es de tres a cuatro horas: el máximo de 8 a 16 horas; la duración de 20 a 24 horas.

Las dos insulinas son similares en su curso de acción y son de aspecto blanco y lechoso. Si se administra sólo la insulina NPH o lenta, no es importante ingerirla media hora antes de la comida, sin embargo, es indispensable para el paciente que coma algún alimento cerca del inicio y al llegar al máximo de acción de estas insulinas. Su presentación es de 80 a 100 UI/ml, la dosis variable, y la vía de administración es subcutánea.

- **Insulina de acción prolongada:**

(Insulina Ultra lenta): suele tener una acción larga, lenta y sostenida; el inicio es de 6 a 8 horas; máximo de 14 a 20 horas, duración más de 32 horas. Las concentraciones más frecuentes de insulina es de 100 unidades por cm^3 , equivale a 1 ml.

3.1.7. Complicaciones de la Diabetes

Entre las complicaciones tenemos:

A. Complicaciones agudas

- **Hipoglicemia.** Se produce cuando la glicemia es menor de 50 a 60 mg/dl. y puede ser causada por dosis aumentadas de insulinas o agentes hipoglucemiantes orales, falta excesiva de alimentos o actividad física excesiva. Los signos y síntomas son: sudoración, temblores, taquicardia, palpitaciones, nerviosismo, hambre, cefalea, mareos, lagunas mentales, entumecimiento de la lengua, verborrea, visión doble, pérdida de la conciencia, crisis epiléptica.

Si el paciente se encuentra consciente debe ingerir de 10 a 15 g. de azúcar en 120 a 180 ml. de jugo de fruta o de 6 a 10 caramelos. Si el paciente se encuentra en coma se debe iniciar con 80 ml de dextrosa al 33% (4 ampollas), luego continuar con dextrosa al 10% por 72 horas.

- **Hiperglicemia.** Es originada por la falta de insulina o una cantidad inadecuada de la misma produciendo alteraciones del metabolismo de

carbohidratos, proteínas y grasas, es la complicación más frecuente de los diabéticos tipo 1, se dice que hay una hiperglicemia cuando es mayor de 300 mg/ml. Entre los signos y síntomas tenemos: poliuria, polidipsia, polifagia, visión borrosa, debilidad, cefalea, somnolencia e inconciencia.

- **El Coma Diabético o Cetoacidosis Diabetica:**

La Cetoacidosis Diabética es causada por una falta de insulina o por una cantidad notablemente inadecuada de la misma.; esta deficiencia conduce a alteraciones del metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas

Esto puede traer como consecuencia que se acumulen en la sangre sustancias ácidas de residuos (que son nocivas cuando están en exceso) y que pueden conducir a la acidosis y, en último estado, al coma. El coma diabético es la complicación más grave que puede sufrir un diabético en el curso de su vida, la acidosis o coma diabético puede deberse a un error en el tratamiento indicado, generalmente por disminución o suspensión de la insulina necesaria. Otras veces se debe a un accidente agudo, operación, traumatismo o a una infección que complica la diabetes sin un adecuado ajuste a la insulina.

El diabético en coma o acidosis presenta:

- Hiperglucemia que origina: poliuria (orina abundante, glucosuria severa y cetonuria) y polidipsia (sed intensa, lengua seca).
- Visión borrosa, cefalea, confusión mental y pérdida de conocimiento.
- Debilidad y torpeza.
- Síntomas gastrointestinales como náuseas, vómito y dolor abdominal.

- El olor a acetona en el aliento de estos pacientes se deben a los niveles elevados de cuerpos cetónicos.
- Respiraciones rápidas y profundas (Kussmahul) a fin de disminuir la acidosis y contrarrestar la formación de cetonas.⁹

B. Complicaciones crónicas

Son las siguientes:

- Retinopatía

La patología ocular conocida como retinopatía diabética es causada por cambios en los pequeños vasos sanguíneos de la retina, área del ojo que recibe las imágenes y envía información sobre ellas al cerebro.

Casi todos los pacientes con diabetes tipo 1 y más del 60% de los afectados por el tipo 2 tienen cierto grado de retinopatía después de 20 años, produciendo déficit visual y ceguera en personas mayores y adultas mayores.

- Nefropatía

La lesión de los delicados capilares de filtración de los glomérulos renales, se inicia con el control inadecuado del estado diabético. Una vez lesionado gran parte del aparato de filtración, la extraordinaria carga excretora impuesta al resto del tejido causa deterioro progresivo. Este proceso puede retrasarse restringiéndose el consumo de proteínas y fosfatos lo cual reduce la carga excretora que se impone al tejido renal residual. Las infecciones urinarias pueden acelerar la lesión renal.

- Neuropatía

Es una de las complicaciones más comunes de la Diabetes, generalmente afecta los nervios sensoriales de las extremidades

⁹ Brunner y Suddarth, Enfermería Médico Quirúrgica, 10° Ed, p.p. 1298-1299.

inferiores con la pérdida de la sensación del dolor y a veces destrucción progresiva de los tejidos blandos, huesos y articulaciones. A menudo se presentan parestesias cuando se afectan nervios motores produciendo debilidad y reducción de la masa muscular.

- **El Pie Diabético**

El pie del paciente diabético es quizá el sitio del organismo en el que más se evidencia el efecto devastador de las complicaciones vasculares y neuropáticas que se presentan en mayor o menor grado a lo largo de la evolución de la Diabetes. En la práctica se acepta y reconoce como, “pie diabético” al proceso infeccioso, isquémico o ambos en los tejidos que conforman el pie, y que abarcan desde la pequeña lesión cutánea hasta la gangrena extensa con pérdida de la extremidad.

Las lesiones básicas que se presentan en alguna etapa de la evolución de la Diabetes son la neuropatía (pie indoloro) y la angiopatía, tanto en la macro circulación como en la micro circulación (pie sin pulso) son el origen de las complicaciones isquémicas e infecciosas que se presentan en el pie del diabético. Pueden encontrarse aisladas, aunque lo más frecuente es que se mezclen, y clínicamente pueda predominar alguna de las dos.

El aspecto más importante en el manejo del pie diabético es la prevención, la promoción de la salud, las campañas de información, la educación del paciente diabético son imprescindibles para evitar las complicaciones.

La ignorancia del paciente es el punto de partida de las complicaciones.¹⁰

- **Complicaciones cardiovasculares**

Niveles elevados de glucosa en la sangre pueden provocar un

¹⁰Hurts, Williams. Op. Cit. . p. 879.

endurecimiento de las arterias (aterosclerosis) que puede provocar un ataque cardíaco, infarto o mala circulación en los pies.

Las enfermedades cardíacas son una de las principales causas de muerte en nuestro país. Los adultos con diabetes tienen una probabilidad 4 veces mayor de padecer alguna enfermedad cardíaca que los pacientes que no padecen diabetes. Asimismo, la probabilidad de que se presente un infarto es de 4 veces más en pacientes con diabetes.¹¹

3.2. CAPACIDADES PARA LA PRÁCTICA DE NUEVOS ESTILOS

El hombre se desenvuelve en la vida haciendo uso de sus capacidades sensoriales, biofísicas, psicológicas y cognitivas. Capacidades alimentadas por un conjunto de hormonas que influyen en los órganos y sistemas corporales a través de procesos físicos – químicos para su correcta función orgánica. En el paciente diabético, su organismo no dispone de suficiente acción de la hormona insulina por un período de tiempo más o menos largo y que por lo general, es permanente. Por lo tanto, es una persona que ha perdido en mayor o menor grado la capacidad de utilizarla apropiadamente en cantidad y oportunidad.

De las acciones de la insulina, rescatamos las que tienen que ver directamente con el funcionamiento orgánico tanto sensorial, como biofísico, psicológico y cognitivo; ellas son:

- Incremente la utilización de la glucosa en los tejidos
- Acrecienta la transferencia de la glucosa en el interior de las células

Los pacientes diabéticos al carecer de insulina no producen las anteriores acciones y/o comprometiendo el comportamiento orgánico sensorial, biofísico y psicológico originando trastornos y/o alteraciones oculares, renales, de la sensibilidad de los miembros y el funcionamiento de órganos como el corazón, el estómago, y los riñones. Es común que los pacientes diabéticos presenten alteraciones oculares como la retinopatía diabética; renales como la insuficiencia renal por destrucción glomerular; de los nervios que coordinan los movimientos y la sensibilidad de los miembros y alteraciones psicológicas por la repercusión de

¹¹ <http://www.bd.com/mexico/diabetes/main.aspx?cat=3258&id=3296>. 2014.

la enfermedad en el estado psicosocial y cultural produciendo alteraciones psicoemocionales (autoestima, enfrentamiento social).

Esta compleja situación produce en los pacientes diabéticos la consecuente disminución de las capacidades sensoriales (visión y tacto), biofísicas (descanso, sueño, alimentación, estado de piel y mucosas), psicológica (autoestima y afrontamiento social) y cognitivas (comprensión y entendimiento de la enfermedad e importancia del cumplimiento del tratamiento integrado).

Es de vital importancia conocer la situación antes descrita, a través de la medición del comportamiento de dichas capacidades en el paciente diabético, los resultados a obtener permitirán el establecimiento de guías y/o protocolos de control y atención especializada respectiva.

3.3. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

Son definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Entre ellos tenemos:

A. Alimentación

La nutrición y la dieta constituyen los elementos fundamentales del tratamiento de la diabetes. El objetivo más importante del régimen alimenticio es controlar la ingesta total de calorías para lograr o mantener un peso corporal razonable y controlar los niveles de glucemia.

En este tipo de pacientes generalmente los hábitos dietéticos de toda la vida a menudo basados en tradiciones culturales, pueden ser particularmente difíciles de modificar. Muchos pacientes tienen cambios en el gusto, la visión, el olfato; que les puede llevar a problemas en la preparación de los alimentos.

Es por eso que el tratamiento nutricional del paciente diabético debe incluir las siguientes metas:

- Proporcionar todos los componentes alimenticios esenciales que se requieren para una nutrición óptima.

- Satisfacer las necesidades energéticas.
- Lograr y mantener un peso razonable.
- Normalizar la glucemia o reducir la hiperglucemia.
- Individualización

En los diabéticos obesos, la baja de peso es decisiva para el tratamiento. En general se considera sobrepeso cuando el Índice de Masa Corporal es de 25 a 29; la obesidad se considera cuando es igual a 30 o más. Algunos pacientes obesos con Diabetes tipo 2 que requieren de insulina o hipoglucemiantes orales para controlar su glucemia pueden reducir de manera significativa la necesidad del medicamento o eliminarla por completo al bajar de peso.¹²

- **Prescripción del régimen de alimentación.**

Para prescribir el régimen de alimentación de un diabético debe tenerse presente que se debe formular la Dieta terapia en forma individual.

El plan de alimentación debe tomar en consideración los tipos de alimentos que agradan al paciente, su estilo de vida, la hora que normalmente comen y los antecedentes étnicos y culturales.

La dieta a seguir se expresa en términos de su total requerimiento de calorías, y una proporción de esas calorías en gramos de carbohidratos, proteínas y grasas. Para formular la prescripción del régimen dietético es necesario considerar que cuando el paciente presenta hiperglucemia, glucosuria, polidipsia, poliuria, astenia, etc., aunque la diabetes se haya iniciado meses o años antes, es que esta descompensado por lo que se prescribe un régimen insuficiente, hipohidrocarbonado inicialmente hasta que haya normalizado la glucemia. El régimen inicial se reemplaza según la evolución y la respuesta del paciente con diabetes.¹³

¹² Bruner y Suddarth. Op. Cit. p.p. 1271-1272

¹³ CERVERA P.; Clapes .T.; Rigolfas R. "Alimentación y Dietoterapia". 5ª Ed. Editorial Interamericana McGraw Hill; 2005. p. 75

- **Calorías.**

El organismo requiere energía alimentaria para sus procesos metabólicos, actividad física, crecimiento y conservación de la temperatura corporal.

Las necesidades energéticas varían enormemente según el tamaño, sexo, edad, ocupación o actividad del paciente.

El plan de alimentación de un diabético también se concentra en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas.

La prescripción dietética para un paciente con Diabetes, es el mismo método empleado para planear el régimen normal. Muchas autoridades en la materia consideran recomendable conservar el peso del diabético en nivel algo menor del peso medio.

F. Martone considera que el valor calórico oscilará entre 1200-2000 calorías por lo menos en la iniciación del tratamiento.

Los requerimientos oscilarán alrededor de 25-30 calorías/kilo de peso (trabajo sedentario), de 35-40 calorías/kilo de peso, si la actividad que desarrolla es muy intensa. Si guarda reposo en cama, se darán 20 calorías/kilo de peso; si se desea una disminución de peso será de 15 calorías/kilo de peso ideal.

- **Carbohidratos.**

En general los carbohidratos de los alimentos tienen mayores efectos sobre la glicemia porque se digieren más rápidamente que otros alimentos y se convierten 100% en glucosa.

Al desarrollar un plan de alimentación para diabéticos basado en carbohidratos es necesario considerar todas las fuentes de alimentos. Los carbohidratos deben ser adecuados más no excesivos. La American Diabetes Association recomiendan entre el 50 %- 60% de las calorías totales ha de obtenerse de los hidratos de carbono.

Valor fisiológico de combustión: 1 g. de hidratos de carbono tiene 4 calorías.

Una cantidad menor a 100 g. no es aconsejable dado que un nivel bajo origina con frecuencia cetosis, y una cantidad superior a 300 g. puede producir sobrecarga de la capacidad metabólica del diabético.

Si el paciente es obeso como muchos diabéticos adultos lo son, entonces la prescripción diabética debe indicar una suficiente reducción en las calorías, para conseguir una gradual pérdida de peso (no más de 1200 a 1500 calorías diarias).

También se ha estudiado el tipo de carbohidratos que conviene utilizar: simples y complejos. Los primeros son monosacáridos y disacáridos, los segundos son polisacáridos. Los carbohidratos simples o sencillos se hidrolizan y se absorben libremente en el aparato digestivo, en especial al ingerirse sin otros alimentos, y ejerce un efecto nocivo en la concentración de la glucosa sanguínea. Debe evitarse la inclusión en la dieta, alimentos como: el azúcar, los jarabes, pastas, bombones, caramelos, granizados, etc.¹⁴

- **Proteínas.**

La asociación estadounidense para combatir la Diabetes aconseja que entre 15%-20% de las calorías totales se obtengan de proteínas.

Valor fisiológico de combustión: 1 g. de proteínas tiene 4 calorías.

- **Grasas.**

Para equilibrar la necesidad calórica, se permite que las grasas aporten el resto de las calorías de la dieta. La cantidad se estima después de sumar las calorías obtenidas de proteínas e hidratos de carbono.

Las recomendaciones relacionadas con el contenido de grasas en la dieta

¹⁴GNECCO Mozo F. La Diabetes en la Práctica. Editorial Cromos, Bogota; 2001 . p. 102

del diabético incluyen, tanto reducir el porcentaje total de calorías de las fuentes de grasas, como limitar la cantidad de grasas saturadas del mismo. Estas recomendaciones ayudan a reducir factores de riesgo como la hipercolesterolemia que se relaciona con el desarrollo de artropatías coronarias, causa principal de muerte e invalidez en los diabéticos.

El plan de alimentación suele incluir algunas fuentes de proteínas no animales (p. ej., legumbres, granos enteros) para reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol.

- **Minerales y vitaminas.**

Las necesidades de vitaminas y minerales en la Diabetes controlada no difieren mucho de los sujetos normales. No se necesita suplementar la dieta con minerales y vitaminas, si es adecuada y la glucosuria está controlada. El ser humano requiere diferentes vitaminas y minerales procedentes de una amplia diversidad de alimentos de origen tanto animal como vegetal; si se incluye en la dieta estos alimentos, se está recibiendo en forma natural una buena dotación de estas vitaminas y minerales indispensables.¹⁵

- **Fibra**

Hay dos tipos de fibras alimentaria, soluble e insoluble. La fibra soluble, como la de leguminosas, avena y algunas frutas, disminuye más fácilmente la glucosa y los lípidos en sangre que la insoluble, aunque no sea muy significativo.

La fibra insoluble se encuentra en pan, cereales integrales y algunas verduras. Este tipo de fibra es muy importante para aumentar el volumen de las heces y evitar el estreñimiento. Las fibras solubles e insolubles aumentan la sensación de saciedad, la cual ayuda a perder peso.

¹⁵CERVERA P.; Clapes .T.; Rigolfas R. Op. Cit. p. 76

Un riesgo del consumo elevado de fibras es hipoglicemia si no se ajustan las dosis de insulinas o hipoglucemiantes orales.¹⁶

B. Ejercicio

El ejercicio es importantísimo 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. También favorece la circulación sanguínea y tono muscular.

Un programa de ejercicios cuidadosamente desarrollado puede beneficiar a los pacientes diabéticos, de igual manera la elección del programa de ejercicio en pacientes diabéticos jóvenes se aplican a los adultos mayores. Es importante reconocer que la intensidad del entrenamiento físico debe estar en relación con el grado de condicionamiento físico del paciente.

Debido a la alta incidencia de cardiopatía coronaria clínicamente silenciosa, en especial de la población de edad avanzada con diabetes, cualquier programa de entrenamiento físico debe basarse en una prueba de esfuerzo adecuado y realizada con supervisión cuidadosa.

El ejercicio con hipoglucemia aumenta la secreción del glucagón. A su vez esto origina mayor liberación de glucosa hepática, lo que incrementa la glucemia.

Un posible problema en pacientes que toman insulina es la hipoglicemia que aparece muchas horas después del ejercicio, para evitarlo el paciente quizás deba ingerir un bocadillo al terminar la sesión y a la hora de acostarse, y vigilar su nivel de glucosa sanguínea.

¹⁶ Brunner y Suddarth.Op. Cit. p.p. 1274-1275

En personas obesas con diabetes tipo 2, el ejercicio aunado al tratamiento con dieta mejora el metabolismo de la glucosa y favorece a la pérdida de grasa corporal. El ejercicio con pérdida de peso mejora la sensibilidad de la insulina y disminuye la necesidad de esta última o de hipoglucemiantes orales. A la larga, la tolerancia a la glucosa logra normalizarse.

El diabético debe aprender a ejercitarse a la misma hora todos los días (de preferencia cuando los niveles de glucosa en sangre alcanzan su máximo) y la misma cantidad cada día; se debe alentar la práctica diaria y regular, no la esporádica. Ejercicio recomendado debe modificarse según sea necesario para pacientes con complicaciones diabéticas como retinopatías, neuropatías y enfermedades cardiovasculares. Tomando en cuenta la presión arterial, los posibles traumatismos, etc.

Recomendaciones:

- Ingesta de alimentos de 1 a 3 horas antes de los ejercicios y cada 30 minutos, por lo menos en ejercicios de larga duración y después de los ejercicios.
- Medir glicemia antes de los ejercicios.
- Aplicarse la insulina al menos 1 hora antes del ejercicio.
- Disminuir la dosis de insulina del 30 al 35% antes del ejercicio.
- No realizar ejercicios si la glicemia es mayor de 250 mg/dl y cuerpos cetónicos presentes.¹⁷

Existen métodos sencillos para verificar presencia de azúcar y acetona en orina y determinar valores de azúcar en la sangre que ayudan al autocontrol del paciente: Todo diabético debe saber investigar la glucosa de su orina, la presencia de azúcar en la orina en forma constante indica siempre que el control es inadecuado; por tanto, el paciente deberá ajustarse a las indicaciones proporcionadas por su médico o servicio de salud.

¹⁷ Kilo, Chales. Op. Cit. p. 180

Se puede utilizar los siguientes métodos de análisis: Cintas reactivas como Glucocintas, Diastix, etc. y procedimientos químicos.

El diabético debe familiarizarse con el método que haya escogido para cuantificar la glucosuria, los pacientes que reciben insulina al comienzo de la enfermedad, cuando se está estabilizando su dosis, deben hacerse exámenes de orina 4 veces al día (antes del desayuno, almuerzo, comida, y a las 10 p.m.) una vez que se establezca la dosis se hará el análisis antes del desayuno y la comida, en lo posible diariamente, para conocer variaciones.¹⁸

C. Educación

La educación es esencial para un buen autocontrol de la Diabetes Mellitus, debe aplicarse un programa de enseñanza a cada uno de los pacientes, individual y en grupo (no mayor de 10 pacientes) “La educación no es parte del tratamiento, es el tratamiento de la Diabetes”¹⁹. Los pacientes diabéticos deben tener conocimientos acerca de:

- Requerimientos nutricionales individuales y planificación de las comidas.
- Efecto de la ingesta de alimentos, valor del ejercicio que tiene en el control de la diabetes, la administración y ajuste de dosis de insulina, cuidados del equipo o uso de los medicamentos orales cuando sea necesaria.
- Cuidado de los pies.
- Mejorar el estilo de vida.
- Signos, síntomas y problemas incluidos con las complicaciones de la diabetes a largo plazo.

Además cada paciente debe portar una placa en donde se identifique las necesidades diabéticas especialmente las que tienen que ver con la insulina.

El paciente debe educar a su familia acerca de las complicaciones de la diabetes y cómo actuar oportunamente ante ellas.

¹⁸ Brunner y Suddarth. Op. Cit. p.p. 1276-1277

¹⁹ Manual para el Tratamiento de la DMNID, ESSALUD Arequipa; 2000. p. 5

D. Higiene

La higiene es fundamental en el Tratamiento del paciente diabético, se recomienda:

- Higiene Corporal

La higiene de un paciente diabético debe ser minuciosa, la piel debe mantenerse siempre limpia especialmente en zonas de pliegues, axilas, ingles, por debajo de las mamas y zonas interdigitales, al bañarse debe evitarse el agua muy caliente y utiliza jabones suaves y humecta la piel.

La higiene de los dientes debe ser al levantarse y después de cada comida.

Cuidado de los pies:

- Lavarse diariamente los pies con agua templada no mayor de 37°C.
- Secar los pies, tomando especial cuidado entre los dedos.
- Hidratar sus pies con vaselina o cremas sin perfume.
- Debe cortarse las uñas tras el lavado cuando estén blandas y limpias.
- Usar tijeras de punta roma y cortarlas horizontalmente.
- No se corte los callos ni remueva las uñas encarnadas.
- Tras el lavado se examinará los pies para descartar la existencia de eritemas, descamaciones, callosidades, fisuras o úlceras.
- Si existen heridas deben mantenerse siempre limpias y aplicarse diariamente una solución antiséptica y se protegerá con una gasa estéril.
- Use calcetines suaves de algodón bien amoldados al pie sin pliegues ni estrechos, deben ser cambiados diariamente.
- Los zapatos deben ser de cuero y siempre use calcetines o medias, nunca ande descalzo.
- Si usa zapatillas de casa, éstas deben de estar suficientemente firmes para protegerse de un trauma inadvertido.

E. Eliminación

La eliminación corporal es el conjunto de procesos fisiológicos que permiten que los productos de desecho del organismo abandonen el cuerpo (eliminación urinaria, defecación, sudoración).

Eliminación urinaria

En la Diabetes el signo principal es la glucemia elevada en sangre. Cuando la glucemia sobrepasa el nivel renal de eliminación determina y condiciona la eliminación de glucosa por la orina (glucosuria); el exceso de glucosa eliminado exige el aumento de líquidos determinando la poliuria.

En la poliuria se pueden llegar a perder varios litros de agua y electrolitos en veinticuatro horas (igual a 2,5 litros o más), pudiendo llegar a la deshidratación.

Una de las consecuencias más importantes durante la glucosuria para las personas diabéticas mal tratadas, puede ser la presencia de infecciones vaginales (vaginitis), debido a la concentración de glucosa en las mucosas y secreciones vaginales, favoreciendo a la aparición de la C. Albicans.²⁰

F. Descanso y Sueño

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad.

- Descanso

Es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco y preparado para continuar con las actividades cotidianas.

El descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona

²⁰ <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/dm/cap9.pdf>

que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada.

- Sueño

Es un estado de alteración de la conciencia, que se repite periódicamente durante un tiempo determinado cuya función es restaurar la energía y bienestar de la persona.²¹

Las personas Diabéticas tienen mayor predisposición a padecer trastornos del sueño. Dormir bien ayuda al páncreas a regular los niveles insulínicos en sangre y es muy importante que la calidad del sueño sea buena todas las noches. Dado que personas que duermen poco tienen niveles más elevados de sustancias que aumentan la resistencia a la insulina. Es así que las personas que padecen diabetes, dormir poco empeora el pronóstico de la enfermedad.

Para evitar esta situación, es importante adquirir buenos hábitos y tener buena higiene al dormir, como:

- Comer una cena ligera
- Seguir un patrón de sueño.
- Evitar la luz y los ruidos excesivos en tu habitación
- Evitar ejercitarte antes de dormir
- Sacar la televisión y la computadora de la habitación
- Evitar el cigarrillo, el exceso de alcohol o las bebidas con cafeína antes de ir a la cama
- Mantener una temperatura agradable en la habitación (18 a 22 °C)
- Abrigar los pies si la temperatura baja²²

G. Recreación

La palabra recreación se deriva del latín: y significa restaurar y refrescar a la persona.

²¹ <http://ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/necesidades.pdf>

²² <http://www.canaldiabetes.com/sueno-y-diabetes/.2013>.

Es toda actividad libremente escogida, realizada en forma voluntaria, que produce crecimiento y desarrollo personal. Recrearse es una actividad que es imprescindible incluir en algún momento del día. Resulta fundamental divertirse y ocuparse en algo agradable para poder obtener un descanso físico y psicológico y mantener así el equilibrio bio-psico-socio-espiritual.

Algunos recursos pueden ser los siguientes:

- Grupos de apoyo, donde se pueden conocer a otras personas en la misma situación y puede disminuir la carga de los aspectos estresantes relacionados con la Diabetes.
- Dialogar con la familia, amigos o vecinos, acerca de temas de interés.
- El uso de recursos materiales, ambientales para la recreación y adaptación a nuevos estilos de vida armónicos.

Según la OMS es; El tiempo libre y la recreación son complementos que maximizan el equilibrio entre salud y bienestar de los individuos al propiciar la oportunidad de generar estilos de vida saludables.²³

H. Estrés

Cuando las personas diabéticas se encuentran en estado de estrés, este puede hacer que la persona tenga más dificultad para controlar sus niveles de glucosa en la sangre, y quizás necesite tomar más medicamentos o insulina para la diabetes.

El estrés puede tener dos tipos de efectos en el nivel de glucosa en la sangre:

- Es posible que las personas con estrés no se cuiden bien. Quizá tomen bebidas azucaradas o hagan menos ejercicio. Es posible que se olviden o no se den el tiempo de medirse el nivel de glucosa o planear buenas comidas.
- Las hormonas del estrés también pueden cambiar el nivel de glucosa en la sangre directamente.

²³ <http://es.scribd.com/doc/90468974/Cuidado-a-La-Necesidad-de-Recreacion>. 2011.

Algunas fuentes de estrés nunca van a desaparecer; tener diabetes es una de ellas. De todos modos, hay formas de reducir los aspectos estresantes de la vida con diabetes.²⁴

Orientación del paciente.

La clave para un tratamiento satisfactorio de la diabetes, radica en una educación sana y realista del paciente.

Muy pocas enfermedades requieren un conocimiento tan cabal por parte del enfermo y familiares como la Diabetes, ello se debe a que desde el momento del diagnóstico, el paciente se convierte en el principal actor de un drama que le acompañará durante toda su vida.

Todo programa educativo para pacientes diabéticos deberá proporcionar la suficiente información sobre las características fundamentales de la diabetes y el propósito del tratamiento.

El equipo de salud, médico, enfermera, nutricionista son responsables de educar al paciente y familiares en este aspecto. Muchas veces parte de este equipo, una trabajadora social y un psicólogo clínico.²⁵

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. MELENDEZ, JUDITH. (2003). Cuzco. “Influencia de la Educación Sanitaria en la modificación del estilo de vida del paciente con Diabetes, Hospital Nacional del Sur Este, EsSalud del Cusco”. Concluyó lo siguiente: Que la Educación Sanitaria sobre el Estilo de Vida de los pacientes con Hipertensión Arterial influyó positivamente modificando el estilo de vida.

4.2. PADILLA, MIRNA. (2001), Arequipa. “El estilo de vida como medida terapéutica en la estabilización de pacientes del genero masculino con diabetes. Programa de Diabetes. Hospital III Yanahuara EsSalud”. Concluyó lo

²⁴ <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/estres.html#sthash.J9kaGiir.dpuf>. 2013.

²⁵ CAÑIZO F. J.; Hawkins F. "Diabetes Mellitus. Teoría y práctica". Ed. Boehringer Mannheim S.A. Barcelona; 2002. p. 101

siguiente: Que los cuidados integrales de enfermería como medida terapéutica tendientes a mejorar y/o cambiar el estilo de vida de los pacientes investigados repercutieron significativamente en la estabilización o compensación de la presión arterial, peso y estado psicoemocional.

4.3. ALARCON, ELISÉE.(2012), Arequipa. “Capacidades para el autocuidado de la salud en los pacientes que asisten al Club de Diabeticos del Hospital II Edmundo Escomel- EsSalud”. Concluyó lo siguiente: Que la mitad de pacientes diabeticos investigados poseen capacidades fisicas y en menor cantidad, capacidades motivacionales y cognitivas, lo cual repercute notablemente en el autocuidado de su salud .

5. HIPÓTESIS

Por ser un trabajo de nivel descriptivo, no requiere de hipótesis.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA

La técnica empleada en el presente trabajo de investigación fue la Encuesta.

1.2. INSTRUMENTO

Como instrumento se utilizó el Formulario de Preguntas.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El presente estudio se realizó en el Puesto de Salud Apurímac de Alto Selva Alegre de Arequipa, donde se brinda atención de 7:30 a.m. a 7:30 p.m. en los servicios de: Atención Médica, Enfermería, Psicología, Dental, entre otros.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se desarrolló de Julio 2013 a Enero del 2014.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por los miembros consultantes del Puesto de Salud Apurímac de Alto Selva Alegre de Arequipa.

2.3.1. Universo

El universo está constituido por 30 pacientes diabéticos consultantes del Puesto de Salud Apurímac de Alto Selva Alegre de Arequipa.

2.3.2. Muestra

La muestra quedó conformado por 25 pacientes con diagnóstico de Diabetes, en atención a la aplicación de dichos criterios.

a. Criterios de inclusión

- Pacientes con Diabetes con un tiempo de enfermedad no menor de 2 años de ambos géneros.
- Pacientes con Diabétes de ambos géneros.

b. Criterios de exclusión

- Pacientes diabéticos que presenten complicaciones.
- Pacientes diabéticos que no deseen participar en la investigación.
- Pacientes diabéticos con problemas de aprendizaje.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Para la realización del estudio se hizo los trámites administrativos correspondientes.
 - A nivel de Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.
 - A nivel de Puesto de Salud Apurímac de .Alto Selva Alegre
- Se validó el instrumento por expertos.

- La aplicación del instrumento se realizó previa coordinación con el profesional de salud encargado.
- Se seleccionó a las unidades de estudio según los criterios de inclusión y exclusión.
- Se aplicó el formato de consentimiento informado para la posterior aplicación del instrumento.
- Finalizada la recolección de datos se agradeció amablemente a los participantes por su disponibilidad y colaboración.
- El procesamiento de la información se realizó en base a los siguientes pasos:
 - Codificación del formulario de recolección de datos.
 - Tabulación de datos de información.
 - Elaboración de tablas estadísticas con información porcentual.





CAPITULO III

RESULTADOS

I. INFORMACIÓN DE CARACTERÍSTICAS GENERALES

TABLA N° 1

**PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN EDAD. PUESTO DE SALUD
APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013**

Edad (años)	N°	%
30 – 39 años	3	12
40 – 49 años	2	8
50 – 59 años	8	32
60 a más	12	48
Total	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

En la tabla N° 1 se observa que los mayores porcentajes ubicados al inferior de la tabla corresponden a las mayores edades de los pacientes investigados; es decir, 32% de pacientes de 50 a 59 años de edad y 48% de pacientes de 60 años a más. Acumulados ambos porcentajes hacen 80%, que representa a 20 pacientes de 50 a 60 a más años.

Se deduce que a partir de los 50 años a más la presencia de la Diabetes se incrementa, lo que nos conduce a enfocar nuestro cuidado en este tipo de pacientes, sin descuidar las otras etapas de vida.

TABLA N° 2

**PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN GÉNERO. PUESTO DE SALUD
APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013**

Genero	N°	%
Masculino	8	32
Femenino	17	68
Total	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

En la tabla N° 2 se observa que en cuanto al género, los pacientes en el 68% son del género femenino; la diferencia porcentual del 32%, corresponde al género masculino. Predomina el género femenino en cerca de las 2/3 partes.

De lo que se deduce que la gran mayoría de pacientes con Diabetes Mellitus son del género femenino, los cuales tienen mayor cantidad de factores de riesgo como el embarazo.

TABLA N° 3

**PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN ESTADO CONYUGAL. PUESTO DE
SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013**

Estado Conyugal	N°	%
Soltero/Soltera	3	12
Casado/conviviente	14	56
Divorciado/separada	5	20
Viudez	3	12
Total	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

En relación al estado conyugal, en la tabla N° 3 se observa que superando el 50%, los pacientes investigados son casados y/o convivientes. El 44% restante está distribuido de mayor a menor en los estados de divorciado y/o separado, viudo y soltero.

Los pacientes en mayoría tienen pareja, condición que los favorece en la evolución de su enfermedad. Dado que las capacidades que estén disminuidas en algunos pacientes diabéticos, van a ser reforzadas en forma parcial o total por la pareja o acompañante y a su vez fomentar su cuidado para la práctica de nuevos estilos de vida.

TABLA N° 4

**PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN ESCOLARIDAD. PUESTO DE SALUD
APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013**

Escolaridad	N°	%
Primaria	13	52
Secundaria	6	24
Superior	6	24
Sin instrucción	0	0
Total	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

Analizando la información cuantitativa contenida en la tabla N° 4, sobre la escolaridad de los pacientes investigados, se tiene que el 100% tiene instrucción, predominando el nivel primario con el 52%, siguiéndole el 24% de los pacientes con secundaria y superior, respectivamente.

De lo que se deduce que los pacientes investigados tienen buen nivel de instrucción, lo que nos indica que por lo menos cuentan con el mínimo nivel de instrucción que nos asegura la comprensión de su tratamiento.

TABLA N° 5

**PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. PUESTO DE
SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013**

Zona de Residencia	N°	%
Urbana	22	88
Periurbana	3	12
Rural	0	0
Total	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

Los pacientes investigados en amplia mayoría (88%) proceden o viven en las zonas urbanas; el 12%, en las zonas periurbanas y ningún paciente vive de las zonas rurales.

De lo que se deduce que por las características propias de las zonas de las que proceden los pacientes, están sometidos a determinados factores de riesgo de la Diabetes y a diferentes actitudes y comportamientos.

TABLA N° 6

**PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD Y
TRATAMIENTO. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A.
AREQUIPA, 2013**

Tiempo	N°	%
Uno a dos años	3	12
Tres a cuatro años	6	24
Más de cinco años	16	64
Total	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

En la tabla N° 6 se observa que la mayoría de los pacientes investigados el 64% lleva un tiempo de enfermedad y tratamiento por más de cinco años, seguido de un 24% que corresponde a un tiempo de enfermedad y tratamiento de tres a cuatro años.

De lo que se deduce que los pacientes investigados necesitan de un tratamiento integrado, completo y continuo a fin de responder a los nuevos estilos de vida que les permita mantenerse en estado de compensación.

II. RESULTADOS: CAPACIDADES PARA LA PRÁCTICA DE NUEVOS ESTILOS SALUDABLES

TABLA N° 7

PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDAD SENSORIAL DE LA VISIÓN. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013

Estado de la Visión	N°	%
Disminuida	20	80
Normal	5	20
Total	25	100
Control Oftalmológico	N°	%
Si	12	48
No	13	52
Total	25	100
Control de uso Lentes	N°	%
Si	11	44
No	14	56
Total	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

En la tabla N° 7 se observa datos que permiten valorar la capacidad de la visión de los pacientes investigados. Primeramente, se tiene que el 80% de ellos la tienen disminuida; en segundo lugar, del total de pacientes diabéticos, sólo el 48% se somete a control oftalmológico y el 44% a control de los lentes indicados.

El 54% promedio de los pacientes investigados no realizan control oftalmológico y de lentes, situación que les reduce la capacidad de realizar actividades que requieren de visión normal.

TABLA N° 8

**PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDAD SENSORIAL DEL TACTO
PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013**

Sensación Táctil	N°	%
Disminuida	8	32
No ha sufrido cambios	17	68
Total	25	100

Destreza Manual	N°	%
Disminuida	13	52
Aumentada	5	20
Normal	7	28
Total	25	100

Realiza Normalmente Actividades del Hogar	N°	%
Si	8	32
No	6	24
A veces	11	44
Total	25	100

Realiza Normalmente Actividades del Trabajo	N°	%
Si	8	32
No	5	20
A veces	12	48
Total	25	100

Realiza Ejercicios Físicos Diarios	N°	%
Si	12	48
No	6	24
A veces	7	28
Total	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

En la tabla N° 8 se analizan resultados acerca de la capacidad sensorial del tacto. En ella, se observa que en el 68% de los pacientes diabéticos investigados la sensación táctil no ha sufrido cambios, se mantiene la sensibilidad al calor, al frío y al movimiento. No obstante a estos resultados, la destreza manual en el 52% está disminuida; el 46% promedio a veces realiza con normalidad las actividades en el hogar y en el trabajo, un 22% promedio no realiza las actividades en el hogar y en el trabajo y

el 28% realiza a veces a cabalidad ejercicios físicos, seguido de un 24% que no realiza actividad física indicados por el médico para metabolizar los hidratos de carbono.

De lo que seduce que más del 30% promedio de los pacientes diabéticos investigados, tienen limitaciones para realizar actividades cotidianas en general por disminución de la capacidad sensorial del tacto, lo que puede aumentar complicaciones.



TABLA N° 9

**PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDADES COGNITIVAS. PUESTO
DE SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013**

Reconoce Síntomas	N°	%
Si	20	80
No	5	20
Total	25	100

Analiza Factores de Riesgo	N°	%
Si	20	80
No	5	20
Total	25	100

Reconoce Importancia de Tratamiento Farmacológico y Dietético	N°	%
Si	16	64
No	9	36
	25	100

Capacidad para Evitar Complicaciones	N°	%
Si	20	80
No	5	20
Total	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

En relación a las capacidades cognitivas, en la tabla N° 9 se observa que los mayores porcentajes (80%, 80%, 64% y 80%) corresponden a los pacientes que sí reconocen los síntomas, los factores de riesgo, la importancia del tratamiento integrado y la capacidad para prevenir complicaciones.

De lo que se deduce que los pacientes investigados que el 76% promedio poseen una capacidad cognitiva que les permite reconocer oportunamente los síntomas de las diabetes, sus factores de riesgo, la importancia del tratamiento integrado y la capacidad para evitar complicaciones.

TABLA N° 10

**PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDAD BIOFISICA: DESCANSO,
SUEÑO Y RECREACIÓN. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A.
AREQUIPA, 2013**

Sueño 5 – 8 horas día	N°	%
Si	12	48
No	6	24
A veces	7	28
Total	25	100

Periodos de descanso	N°	%
Si	10	40
No	8	32
A veces	7	28
Total	25	100

Espacios de Recreación	N°	%
Si	12	48
No	7	28
A veces	6	24
Total	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

Dentro de las capacidades biofísicas, se encuentra el descanso, sueño y recreación; capacidades que en mayores porcentajes que representan las respuesta de “No” (24%, 32%,28%) y “A veces” (28%,28%,24%) no duermen adecuadamente, no dedican en forma continua periodos para el descanso físico y la recreación respectivamente.

De lo que seduce que el descanso, sueño y recreación en los pacientes investigados se encuentra alterado, lo que puede repercutir en el estado de su salud, dado que los mayores porcentajes se encuentran en los indicadores de “ No” y “A veces” por lo tanto su capacidad Biofísica se encuentra disminuida.

TABLA N° 11
PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDADES BIOFISICAS: HIGIENE
CORPORAL. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A.
AREQUIPA, 2013

Baño Total	N°	%
Todos los días	11	44
Cada dos días	8	32
Cada tres días	4	16
Una vez a la semana	2	8
No se baña	0	0
Total	25	100

Higiene Parcial	N°	%
Por la mañana	4	16
Por la noche	2	8
Mañana y Noche	19	76
Total	25	100

Protección de la Piel	N°	%
Si	8	32
No	9	36
A veces	8	32
Total	25	100

Higiene diaria de genitales	N°	%
Si	11	44
No	7	28
A veces	7	28
Total	25	100

Cuidado de los Pies	N°	%
Si	15	60
No	6	24
A veces	4	16
Total	25	100

Cuidado de la Boca	N°	%
Si	14	56
No	5	20
A veces	6	24
Total	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

Una de las capacidades Biofísicas que deben manejar adecuadamente los pacientes investigados en el Cuidado de la Piel y Mucosas, es la higiene corporal.

En la tabla N° 11 encontramos información al respecto, en el sentido de que los mayores porcentajes del 44%, 76%, 32% , 44%, 60% y 56% corresponden a los ítems positivos en cuanto a: baño total, higiene parcial, protección de la piel, higiene diaria de genitales, cuidado de los pies y cuidado de la boca, respectivamente. Porcentajes menores se ubican en los ítems negativos.

De lo que se deduce que en el 57%, los pacientes investigados poseen la capacidad de la higiene corporal con el fin de mantener la integridad de la piel y mucosas y por ende, evitar complicaciones, de heridas y pie diabético.



TABLA N° 12

**PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDAD BIOFISICA:
ALIMENTACION. PUESTO DE SALUD APURÍMAC. A.S.A.
AREQUIPA, 2013**

Cumplimiento Régimen Dietético	N°	%
Si	13	52
No	12	48
Total	25	100

Uso de azúcar	N°	%
Si	6	24
No	12	48
A veces	7	28
Total	25	100

Consumo de chocolates	N°	%
Si	9	36
No	10	40
A veces	6	24
Total	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

En relación a la capacidad Biofísica de alimentación, en la tabla N° 12 se observa que el 52% de los pacientes investigados cumplen el régimen dietético indicado, el 48% no usa azúcar y el 40% no consumen chocolates. En los tres casos, la diferencia porcentual es casi igual: el 48% no cumplen el régimen dietético; el 52% acumulado de los indicadores de “Si”(24%) y “A veces” (28%) consumen azúcar y el 60% también acumulado de los indicadores “Si” (36%) y “A veces” (24%) consumen chocolates.

De lo que se deduce que los pacientes diabéticos investigados cumplen su régimen dietético pero no de forma constante, lo que los hace vulnerables al aumento de glucosa en sangre y posibles complicaciones relacionadas con la diabetes.

TABLA N° 13

**PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDADES PSICOLOGICAS:
CONSERVACION DE SU AUTOESTIMA. PUESTO DE SALUD
APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013**

Conserva autoestima	N°	%
Si	7	28
No	8	32
A veces	10	40
Total	25	100

Uso de Recursos a su alcance	N°	%
Si	9	36
No	9	36
A veces	7	28
Total	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

En la tabla N° 13, los mayores del 40% y 32% corresponden a los ítems de a veces y de no en relación a la conservación de la autoestima, y el 36% y 28% a los ítems de a veces y no en cuanto al uso de recursos para conservarla. Solo el 28% si conserva su autoestima y el 36% usan recursos para tal fin.

Los pacientes diabéticos sometidos a estudio, un porcentaje que representan a la cuarta parte si muestran capacidad para conservar su autoestima usando recursos psicológicos.

TABLA N° 14

**PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CAPACIDAD PSICOLOGICA:
SUPERACIÓN DE SITUACIONES EMOCIONALES. PUESTO DE
SALUD APURÍMAC. A.S.A. AREQUIPA, 2013**

Muestra Seguridad	N°	%
Si	10	40
No	7	28
A veces	8	32
Total	25	100

Capacidad de Enfrentamiento	N°	%
Si	14	56
No	5	20
A veces	6	24
Total	25	100

Prevé Reacciones Emocionales Negativas	N°	%
Si	12	48
No	7	28
A veces	6	24
	25	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013.

En la tabla N° 14 se observa que los pacientes investigados en el 40%, 56% y 48% si muestran seguridad en sus actos y decisiones; capacidad de enfrentamiento y de prevención de reacciones emocionales negativas, respectivamente.

Los menores porcentajes del 28%, 20% y 28% corresponden a las respuestas negativas en los tres aspectos: seguridad, enfrentamiento y prevención de reacciones emocionales negativas.

De lo que se deduce los mayores porcentajes muestran una respuesta positiva en relación a la seguridad, capacidad de enfrentamiento y prevención de reacciones emocionales negativas, los cuales influyen en la estabilidad emocional disminuyendo factores de riesgo como el estrés.

CONCLUSIONES

PRIMERA : El 80% de los pacientes diabéticos tienen la capacidad sensorial de la visión disminuida y más del 30% promedio, tienen disminuida la capacidad del tacto, situación que les limita la realización de sus actividades cotidianas.

SEGUNDA : El 76% promedio de los pacientes diabéticos poseen capacidades cognitivas que les permite reconocer oportunamente los factores de riesgo y los síntomas de las complicaciones de la Diabetes, así como la importancia del cumplimiento del tratamiento integrado.

TERCERA : En relación a las capacidades biofísicas, la del descanso, sueño y recreación en más del 50% promedio, no es puesta en práctica en forma continua por los pacientes diabéticos. El 57% promedio con capacidades de realizar la higiene corporal y el 52%, la de alimentarse cumpliendo el régimen indicado.

CUARTA : Los pacientes diabéticos en porcentajes que representan a la cuarta parte muestran capacidad para conservar su autoestima.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los profesionales del Puesto de Salud Apurímac de Alto Selva Alegre:

1. Programar ciclos educativos orientados a mejorar los estilos de vida saludables en los de pacientes diabéticos que tienen limitaciones de las capacidades sensoriales, cognitivas, biofísicas y psicológicas.
2. Realizar seguimiento individual y/o colectivo de los pacientes diabéticos en relación a la efectividad de las capacidades sensoriales, cognitivas, biofísicas y psicológicas a fin de detectar oportunamente sus limitaciones e iniciar acciones de recuperación.
3. Capacitaciones constantes sobre educación a los pacientes diabéticos en relación a su enfermedad, capacidades y estilos de vida.

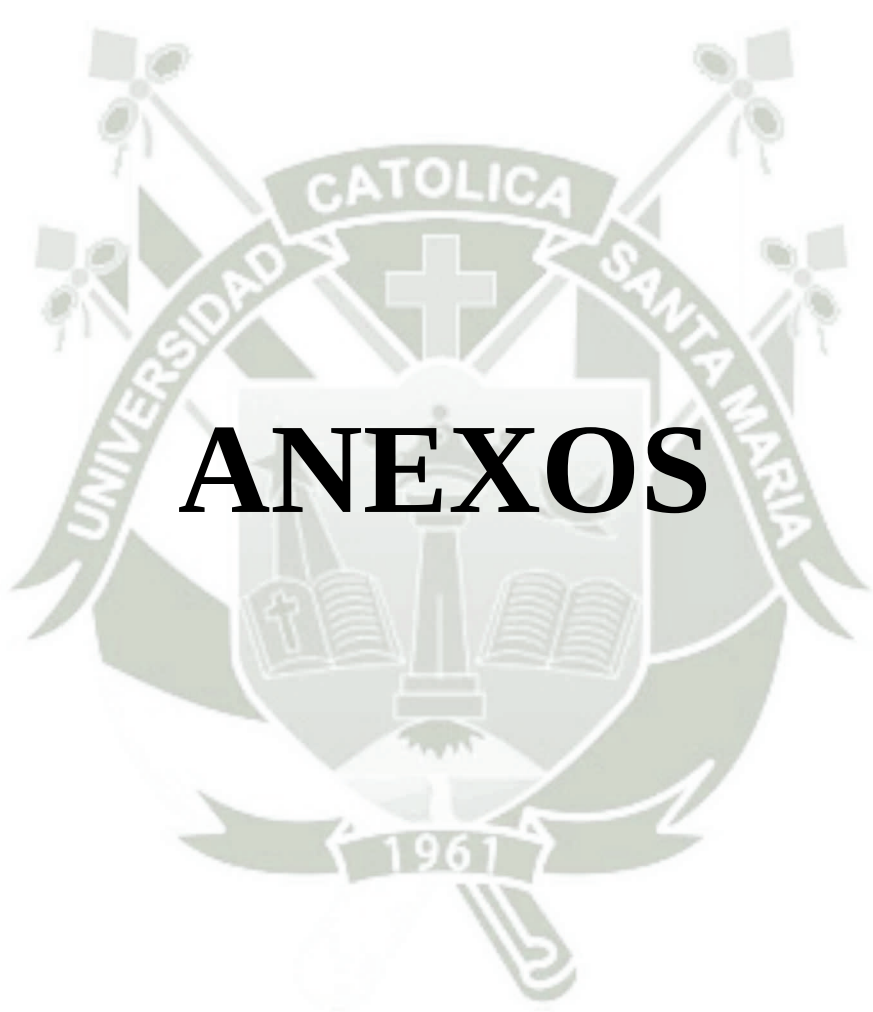
BIBLIOGRAFIA

1. Brunner y Suddarth. "Enfermería Médico Quirúrgica". 10ma. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México; 2006.
2. Brunner, Lilian Sholtis. "Manual de Enfermería Médico Quirúrgico". Tomo 2. Interamericana 8va. Ed. México; 2004.
3. Cañizo F. J.; Hawkins F. "Diabetes Mellitus. Teoría y práctica". Ed. Boehringer Mannheim S.A., Barcelona; 2002.
4. Carr E. et al. Intervención Comunicativa sobre los Problemas de Familia. Alianza. Madrid; 2002.
5. Cervera P.; Clapes .T.; Rigolfas R. "Alimentación y Dietoterapia". 5ª Ed. Editorial Interamericana McGraw Hil; 2005.
6. Cuesta Sacristán C. "Curso de Actualización en Diabetes Mellitus para ATS". Barcelona: Boehringer Mannheim S.A; 1999.
7. Dugas, Beberly. "Tratado de Enfermería Práctica. 4ta. Ed. Nueva Interamericana. México; 2005.
8. Fernández RL, Gallego Li, Gallo, García EA, Montoya AM, Villegas FA y colaboradores. Sensibilidad a la Insulina y su Relación con la Presión Arterial y otros Factores de Riesgo Cardiovascular. Acta Méd Col; 2002.
9. Gnecco Mozo F. La Diabetes en la Práctica. Editorial Cromos, Bogotá; 2001.
10. Henderson V. "Cuidados de Enfermería". Interamericana, S.A. México; 2002.
11. Hernández Sampieri, Roberto, "Metodología de la Investigación", Editorial Mc Graw Hill; 2da Ed. Colombia; 1998;
12. Hurts, Williams, Medicina Interna, 13ava. Ed. Editorial Mdica Panamericana. Latina; 1996.
13. J. F. Diaz c. E. Delgado A. "Diabetes Tipo 2. Manual para Atención Primaria". Abbott Científica Medinense; 2004.

14. Kilo, Chales, Controle su Diabetes. 3ra Ed. Editorial Limusa S.A. México; 1996.
15. Latorre G. Clasificación y Diagnóstico en Diabetes Mellitus. Med. Lab; 2001.
16. Mahan L. K.: Escote-Stum S. "Nutrición y Dietoterapia de Krause". 9ª Ed. McGraw-Hill Interamericana México; 2003
17. Manual para el Tratamiento de la DMNID, EsSalud Arequipa; 2000.
18. Montoya F, Bedoya C y colaboradores. Determinación de Marcadores Genéticos en Pacientes con Diabetes tipo II y población sana. Acta Méd Col; 1999.
19. Morales A. El Paciente Diabético. Rev Col Anestesiol; 2006.
20. Orrego A. Tratamiento ambulatorio de la Diabetes, Editorial XYZ, Cali; 2001.
21. Protocolo de Diabetes Mellitus. Gerencia de Hospitalización del IPSS., Lima – Perú; 1997.

INFOGRAFÍA

22. <http://es.scribd.com/doc/90468974/Cuidado-a-La-Necesidad-de-Recreacion>. 2011.
23. <http://ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/necesidades.pdf>
24. <http://www.bd.com/mexico/diabetes/main.aspx?cat=3258&id=62995>. 2014.
25. <http://www.canaldiabetes.com/sueno-y-diabetes/>. 2013.
26. <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/estres.html#sthash.J9kaGiir.dpuf>. 2013.
27. <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes>. 2009.
28. <http://www.guioteca.com/diabetes/%C2%BFque-es-la-hemoglobina-glicosilada/>. 2011.
29. http://www.hospitaldenens.com/docs/cas/040334_que_es_la_diabetes_cas.pdf. 2008.
30. <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/dm/cap9.pdf>
31. <http://www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia/diabetes>



ANEXOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

FORMULARIO DE PREGUNTAS

Señor, Señora tenga a bien responder las siguientes preguntas. Sus respuestas servirán a la autora y a Usted de aporte para mejorar su calidad de vida.

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. Edad (años)

30 – 39	()
40 – 49	()
50 – 59	()
60 a más	()
2. Género

Masculino	()
Femenino	()
3. Estado conyugal

Soltero/Soltera	()
Casado/conviviente	()
Divorciado/separado	()
Viudez	()
4. Escolaridad

Primaria	()
Secundaria	()
Superior	()
Sin instrucción	()
5. Zona de Residencia

Urbana	()
Periurbana	()
Rural	()
6. Tiempo de enfermedad y tratamiento

Uno a dos años	()
Tres a cuatro años	()
Más de cinco años	()

II. CAPACIDADES PARA LA PRÁCTICA DE NUEVOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

A. SENSORIALES

1. En el último año, su visión ha:

Disminuido	()
No ha sufrido cambios	()
2. En el último año ha realizado controles oftalmológicos

Si	()	No	()
----	--------	----	--------
3. Controla el uso de lentes

Si	()	No	()
----	--------	----	--------

4. En el último año, al coger objetos, la sensación de frío, calor, suavidad, aspereza ha:

Aumentado ()
Disminuido ()
No ha sufrido cambios ()

5. En el último año, al realizar actividades propias del hogar y trabajo, su destreza manual ha:

Disminuido ()
Aumentado ()
No ha sufrido cambios ()

6. Realiza con normalidad las actividades del hogar

Si () No () A veces ()

7. Realiza con normalidad las actividades que le demandan su trabajo

Si () No () A veces ()

8. Realiza ejercicios físicos diariamente

Si () No () A veces ()

B. COGNITIVAS

9. Reconoce y comprende los síntomas de la Diabetes

Si () No () A veces ()

10. Analizar los factores de riesgo durante su tratamiento de la diabetes

Si () No () A veces ()

11. Reconoce la importancia del Tratamiento farmacológico y dietético

Si () No () A veces ()

12. Se siente con capacidad de evitar los factores de riesgo de complicaciones y de llevar estrictamente el tratamiento

Si () No () A veces ()

C. BIOFÍSICAS

13. Duerme de 5 a 8 horas diariamente y tiene periodos de descanso

Si () No () A veces ()

14. Dedicar espacios para actividad de recreación

Si () No () A veces ()

15. Se baña en forma total:

Todos los días () Cada dos días () Cada tres días ()
Una vez a la semana () No se baña ()

16. Realiza higiene parcial

Por la mañana () Por la noche ()

17. Protege la piel

Siempre () A veces () No ()

18. Protege la piel de sol e iluminación

Siempre () A veces () No ()

19. Realiza higiene de pies diariamente
Si () No ()
20. Realiza corte recto de uñas de pies cada 2 semanas
Si () No ()
21. Usa zapatos cómodos (tacón bajo)
Si () No ()
22. Realiza cambio de medias diariamente
Si () No ()
23. Se lava las manos después de ir al baño
Siempre () A veces () No ()
24. Realiza higiene de genitales diariamente
Si () No ()
25. Realiza la limpieza perianal de adelante hacia atrás
Siempre () A veces () No ()
26. Se lava la boca y cepilla los dientes
En la mañana () Después de los alimentos () Antes de acostarse ()
27. Realiza control dental
Una vez al año () Dos veces al año () No realiza ()
28. Cumplen estrictamente el régimen dietético hipocalórico
Si () No ()
29. Para endulzar los cocimientos, refrescos, leche usa azúcar.
Si () A veces () No ()
30. Durante el tiempo de su enfermedad ha consumido chocolates u otro tipo de dulces.
Si () No ()

D. PSICOLÓGICAS

31. Realiza acciones y/o actividades para conservar su autoestima
Si () No () A veces ()
32. Puede encontrar todos los recursos que estén a su alcance para conservar su autoestima.
Si () No () A veces ()
33. Puede resolver problemas difíciles si se esfuerza lo suficiente.
Si () No () A veces ()
34. Muestra la seguridad que es capaz de superar situaciones emocionales.
Si () No () A veces ()
35. Venga lo que venga, por lo general es capaz de enfrentarlo.
Si () No () A veces ()
36. Si se encuentra en una situación difícil, procura que ésta no afecte a sus reacciones emociones.
Si () No () A veces ()

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACIÓN

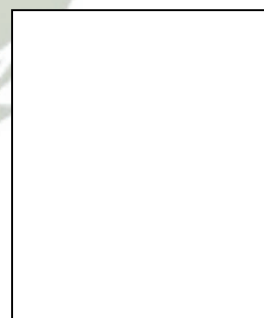
Yo..... identificado (a) con DNI.....
y con domicilio.....
habiéndome explicado en lenguaje, claro y sencillo sobre el proyecto de
investigación: **CAPACIDADES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS
PARA LA PRÁCTICA DE NUEVOS ESTILOS DE VIDA. PUESTO DE
SALUD APURÍMAC A.S.A. AREQUIPA 2013.** Acepto participar en la
investigación que publicará los resultados guardando reserva de mi
identidad. Habiéndome informado de todo lo anteriormente señalado y
estando en pleno uso de mis facultades mentales, es que firmo el
presente documento.

Fecha:

Firma:.....

DNI:

Huella Digital





"DECENTO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA INVERSIÓN DEL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRORED ALTO SELVA ALEGRE
Puesto de Salud Apurímac

CONSTANCIA

El que suscribe Dr. Henry Mogrovejo Medina, Médico Jefe del Puesto de Salud Apurímac sede de la Micro Red Alto Selva Alegre, perteneciente a la Red N° 405 Arequipa-Caylloma, hace constar que:

- Alvarado Alvarez Zulema Rossy
- Tejada Concha Paula rosa Adriana

Aplicaron las encuestas para el trabajo de investigación cuyo nombre es "CAPACIDADES DE LOS PACIENTES DIABETICOS PARA LA PRÁCTICA DE NUEVOS ESTILOS SALUDABLES. PUESTO DE SALUD APURIMAC A.S.A AREQUIPA 2013", desde el mes de Noviembre del 2013 hasta el mes de Enero del 2014.

Se expide la presente constancia a solicitud de los interesados, para los fines que consideren convenientes.

Arequipa, 10 de Enero del 2014.



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRORED ALTO SELVA ALEGRE
PUESTO DE SALUD APURIMAC
Dr. Henry Mogrovejo Medina
C.M.P. 38921
RESPONSABLE P.S. APURIMAC

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTO

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPACIDADES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA LA PRÁCTICA DE
NUEVOS ESTILOS DE VIDA. PUESTO DE SALUD APURIMAC A.S.A. AREQUIPA,
2013

2. DATOS PERSONALES DEL EXPERTO

Nombre y apellidos: Dra. Dominga Vargas de Flores
Institución a la que pertenece: Escuela de Postgrado de la UCSM
Cargo que desempeña: Docente

3. TIPO DE INSTRUMENTO

Ficha de observación ()
Formulario de Preguntas (X)
Cuestionario ()
Ficha de registro ()

4. OBSERVACIÓN EN CUANTO A LOS ÍTEMS:

Nro. de ítem observado	CONSIDERACIONES DEL EXPERTO		
	modificar	eliminar	Incluir otro ítem

5. OBSERVACIONES EN CUANTO AL FORMATO

.....
.....

6. OBSERVACIONES EN CUANTO A LA REDACCIÓN

.....
.....

7. SUGERENCIAS

.....
.....

Firma Fecha:

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fuerza)

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SE NOMBRA JURADO DICTAMINADOR DE PLAN DE TESIS

DECRETO N° 186-FENF-2013

Arequipa, 12 de noviembre del 2013

Estudiante: **ZULEMA ALVARADO ALVAREZ**
PAULA TEJADA CONCHA

CONSIDERANDO:

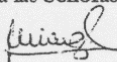
Que las Srtas. **ZULEMA ALVARADO ALVAREZ**, y **PAULA TEJADA CONCHA** han presentado el Expediente N° 13044321, donde solicitan la aprobación del Proyecto de Tesis, en concordancia con el Art. N° 68 del Estatuto de la Universidad Católica de Santa María y el Art. N° 06 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

SE DECRETA:

PRIMERO:

Nombrar el Jurado Dictaminador del Plan de Tesis **"CAPACIDADES DE LOS PACIENTES DIABETICOS PARA LA PRACTICA DE NUEVOS ESTILOS DE VIDA. PUESTO DE SALUD APURIMAC A.S.A. AREQUIPA, 2013"**, a las Señoras Docentes:

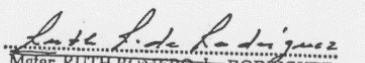
Dra. DELIA NUÑEZ DE ALVAREZ
Lic. NANCY TEJADA DE RIVEROS



A fin de que efectúen el dictamen del presente Proyecto de Tesis en aplicación al Nuevo Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad, Resolución N° 1257-CU-96, en un plazo máximo de ocho días.

El dictamen deberá de ser presentado en original y copia en el plazo establecido.

Atentamente,


Mster. RUTH ROMERO de RODRIGUEZ
Decana de la Facultad de Enfermería
Universidad Católica de Santa María

RRdeR/DFENF
jqm.

(5154) 251210

(5154) 252542

ucsm@ucsm.edu.pe

http://www.ucsm.edu.pe

0518084

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

« IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA »
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fuerza)

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANULACIÓN DE PLAN DE TESIS

DECRETO N° 185-FENF-2013

Arequipa, 12 de noviembre del 2013

Estudiantes: **ZULEMA ALVARADO ALVAREZ**
PAULA TEJADA CONCHA

CONSIDERANDO:

Que las Srtas. **ZULEMA ALVARADO ALVAREZ** y **PAULA TEJADA CONCHA**, presentaron el Plan de Tesis titulado: **“CAPACIDADES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA LA PRÁCTICA DE NUEVOS ESTILOS DE VIDA. CLUB DEL DIABETICO DEL HRHDE. AREQUIPA, 2013”**, para lo cual se nombró un Jurado Dictaminador integrado por las docentes **Dra. DELIA NUÑEZ DE ALVAREZ** y **Lic. NANCY TEJADA DE RIVEROS**, el mismo que recibió dictámenes previos, según informe del Jurado que se adjunta al presente.

Que, las señoritas recurrentes, solicitan la **ANULACIÓN** del mencionado proyecto por cambio de ámbito geográfico.

SE DECRETA:

PRIMERO:

ANULAR, a solicitud de los interesados el Proyecto de Tesis: **“CAPACIDADES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA LA PRÁCTICA DE NUEVOS ESTILOS DE VIDA. CLUB DEL DIABETICO DEL HRHDE. AREQUIPA, 2013”**.

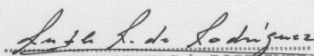
SEGUNDO:

Agradecer a las Señoras Docentes Dictaminadoras y hacer entrega del ejemplar dictaminado a los interesados. Forma parte del expediente el informe dado por las Señoras Dictaminadoras.

TERCERO:

La Decana de la Facultad y la Secretaria del Programa se encargarán de su cumplimiento.

Atentamente,


Mgter. RUTH ROMERO de RODRÍGUEZ
Decana de la Facultad de Enfermería
Universidad Católica de Santa María

RRdeR/DFENF
jqm.

CESCOFORMAS S.A.C. R.U.C. 20454198698 / TELEFONO 054 - 226338 / TELEFAX 054 - 263239 - AREQUIPA

(5154) 251210

(5154) 252542

✉ ucsm@ucsm.edu.pe

🌐 <http://www.ucsm.edu.pe>

0518076