

E.U.E Vitoria- Gasteiz 2016

Trabajo De Fin de Grado

Alumna: M^ªEstíblaiz Apellániz Martínez

Directora: M^ª Milagros Alonso Vallejo

Número de palabras: 6960



A

PRENDER, FIANZAR Y PLICAR

Programa de Educación para la Salud dirigido a preadolescentes diagnosticados de Diabetes Mellitus Tipo 1 y a sus padres.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi marido por apoyarme incondicionalmente. A mi familia por acompañarme en esta nueva etapa que comencé como estudiante de enfermería hace casi cuatro años.

Igualmente le agradezco enormemente a mi tutora su ayuda y apoyo, tanto por la implicación personal, el tiempo dedicado, como por sus buenos consejos.

Así mismo, doy las gracias a todas las personas que han hecho que me forme y me convierta en la enfermera que aspiro ser; profesores de la E.U.E, tutores de prácticas, profesionales de Osakidetza (enfermeros, médicos y auxiliares de enfermería) y a las compañeras que me han acompañado en este duro proceso, especialmente a Laura.

Gracias, de corazón.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN	5
3. OBETIVOS	9
3.1 Meta	9
3.2 Objetivo general	9
3.3 Objetivos intermedios	10
4. METODOLOGÍA PEDAGÓGICA	10
5. DISEÑO DEL PROYECTO	12
5.1 Definición de la población y estrategias de difusión y captación	12
5.1.1 Definición de la población	12
5.1.2 Estrategias de difusión y captación	14
5.2 Sesiones Educativas	15
5.2.1 Esquema de sesiones	15
5.2.2 Sesión 2: ¡Vamos aprender!	17
5.2.3 Sesión 3: Master Chef, ¡a cocinar!	19
5.2.4 Sesión 4: ¡Todos juntos!	21
5.3 Presupuesto	23
5.4 Evaluación	23
6. BIBLIOGRAFIA	25
7. ANEXOS	
7.1 Anexo I: Tabla de Objetivos Específicos	28
7.2 Anexo II: Tabla de Sinónimos	30
7.3 Anexo III: Tabla de Búsqueda Exhaustiva	31
7.4 Anexo IV: Tabla de Objetivo de Búsqueda y Artículos Seleccionados	35
7.5 Anexo V: Tabla de Crítica de Artículos con la Parrilla Caspe	41
7.6 Anexo VI: Tablas de Evaluación del Programa	43

7.6.1: Criterios e indicadores para la evaluación del proceso	43
7.6.2: Criterios e indicadores para la evaluación del desarrollo	44
7.6.3: Criterios e indicadores de la evaluación de la eficacia	45
7.7 Anexo VII: Hoja de inscripción y compromiso	46
7.8 Anexo VIII: Escala de conocimientos en diabetes ECODI de Bueno y Col, modificada.	47
7.9 Anexo IX: Tríptico/Poster	51
7.10 SESIÓN 2: ¡VAMOS APRENDER!	
Anexo Xa: Actividad 1: ¿Te lo sabes? (ppt)	52
Anexo Xb: Actividad 1: Guía y libro	57
Anexo XIa: Actividad 2: ¿Lo comprobamos? (Problema)	57
Anexo XIb: Actividad 2: ¿Lo comprobamos? (Teatro)	58
Anexo XII: Actividad 3: ¡A organizarse!	59
Anexo XIII: Actividad 4: ¿Cómo nos premiamos?	65
7.11 SESIÓN 3: MASTER CHEF, ¡A COCINAR!	
Anexo XIV: Actividad 3: Dieta por raciones (ppt)	67
Anexo XV: Actividad 3: Dieta por raciones (Fichas)	68
Anexo XVI: Actividad 3: Dieta por raciones (Tablas)	72
ACTIVIDAD 4: COCINA CREATIVA CON RECETAS SALUDABLES	
Anexo XVII: Ricas recetas para personas con DM y sus familiares	76
Anexo XVIII: 10 Menús diferentes	76
Anexo IX: Platos realizados en sesión desarrollados	77
7.11 SESIÓN 3: ¡TODOS JUNTOS!	
Anexo XX: Actividad 2: Compartiendo miedos.	83
Anexo XXI: Actividad 4: Role-Playing	84
Anexo XXII: Actividad 5: Resolución de problemas	85
7.12 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	86
Anexo XXIII: Encuesta de satisfacción del EPS	86

1. INTRODUCCION

La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la edad pediátrica, la incidencia mayor se da en edades comprendidas entre 10 y 14 años, cuando los niños están en una etapa vital de muchos cambios tanto a nivel físico como psicológico.

Esta enfermedad requiere una serie de adaptaciones y ajustes de sus hábitos nutricionales, regulación de la actividad física, controles y administración de insulina diarios, etc... Esto les puede suponer un estrés añadido, además se pueden sentir diferentes con respecto a los demás y por ello tener la autoestima más baja. Este cúmulo de cosas puede desembocar con mayor facilidad en un incumplimiento del tratamiento. A sí mismo, los padres de estos preadolescentes pueden verse desbordados por la situación y no tener las herramientas suficientes para gestionar el proceso.

Debido a la importancia que cobra el buen control de esta patología, con el propósito de disminuir o eliminar las complicaciones futuras y mejorar su calidad de vida en el momento y a posteriori, se ha diseñado un programa de educación para la salud dirigido a los preadolescentes con DM 1 y sus progenitores, que les ayude a adquirir conocimientos, aptitudes y desarrollar habilidades.

El programa podrá ser puesto en marcha a partir de Enero de 2017, incluirá 5 sesiones guiadas por dos enfermeras. Igualmente se contará con la colaboración de adolescentes y sus padres ya experimentados en esta patología y con un buen control de la misma.

2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la Diabetes Mellitus, como una enfermedad crónica que aparece cuándo el páncreas es incapaz de producir insulina suficiente o el propio organismo no la utiliza eficazmente(1).

Dicha patología, es una de las enfermedades crónicas más frecuentes (2) y engloba a un grupo de enfermedades metabólicas (3)(DM tipo 1, 2 y gestacional). En este trabajo nos vamos a centrar en la DM tipo 1 ya que es la que más afecta al grupo de edad al que está dirigido.

El desarrollo de esta enfermedad se atribuye a una combinación de factores genéticos predisponentes(4), que junto a una serie de factores ambientales (5) desencadenantes, producen una respuesta inmune mediada por las células T contra las Beta del páncreas, dando lugar a una ausencia total de la producción de insulina en el organismo (3).

La consecuencia directa de este suceso, es que la persona que padece la enfermedad necesita inyectarse dicha hormona desde el momento de su diagnóstico (6).

Su debut puede presentarse a través de síntomas de carácter inespecífico, como pérdida de peso, alteración del carácter, astenia y bajo rendimiento escolar, o bien síntomas más específicos y progresivos (llamados cardinales) como la polidipsia, polifagia y poliuria (6), estos normalmente son los que llevan a sospechar de la enfermedad. Su diagnóstico puede realizarse a través de una tira de orina para valorar la presencia de glucosuria o cetonuria, o mediante una medición de los niveles de glucosa en sangre (si es $> 0 = a 200\text{mg/dl}$, se confirmaría el diagnóstico de DM1 (3).

La Diabetes Mellitus se puede considerar uno de los principales problemas de salud a nivel mundial dada su elevada prevalencia, coste económico y el número de muertes prematuras que provoca (7) .

Wild y Cols llevaron a cabo un estudio en el año 2004 en el que evidenciaban que en el año 2025 los pacientes diabéticos en el mundo podrían llegar a ser 366 millones de personas (8)(de los cuales se prevé que prevalecerán los del tipo 2). Existen investigaciones epidemiológicas estandarizadas y validadas, que indican que en el ámbito nacional (en la infancia y adolescencia) hay tasas de incidencia anuales de DM1 entre 10 y 17 casos nuevos por 100.000 habitantes/año (9). Es una de las enfermedades crónicas endocrinológicas más habitual en pediatría. Su presentación puede ocurrir a cualquier edad, aunque se da con mayor frecuencia en menores de 15 años, con 2 picos de presentación entre los 4 a 6 años y los 12 a 14 (10).

La incidencia de la Diabetes Mellitus tipo 1 en el País Vasco en niños menores de 15 años es de un 11,6 %, que equivaldría a entre 10 y 14 casos por cada 100.000 habitantes menores de dicha edad, encontrando el mayor pico de incidencia entre los 10 y los 15 años (5). Se pronostican 34 casos nuevos anuales en este rango de edad (11).

Este incremento de la población diabética de forma exponencial tiene una repercusión directa en el consumo sanitario. Este gasto está formado por diferentes factores como costes hospitalarios por procesos agudos, atención de enfermería pediátrica en los centros de salud, fármacos específicos, pruebas complementarias, tiras reactivas y complicaciones crónicas, siendo estas, las responsables de una elevada proporción de los gastos generados por la enfermedad (2).

En el ámbito nacional, todo esto se traduce en formar parte del 8,2% del gasto total que supone la Diabetes para el SNS, es decir 5.809 millones de euros, que equivaldrían a unos 1.770 euros anuales por paciente, esta cifra ascendería a 2.143 al sumarle las complicaciones (12). Por lo tanto, un mejor control de este tipo de enfermedades no solo tiene repercusión en mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes sino en reducir costes sanitarios.

En esta patología que se cronifica durante el ciclo vital de la persona, adquiere mayor importancia tener en cuenta, que un mal control de la enfermedad puede suponer un factor de riesgo importante para padecer en el futuro complicaciones relevantes como; cardiopatía coronaria, ACV, ceguera, Insuficiencia Renal o incluso amputación de extremidades. Estudios como el UKPDS han evidenciado que una vigilancia estricta de la glucemia reduce en un 25% la aparición de lesiones microvasculares (2).

El control depende fundamentalmente de realizar un buen tratamiento que se sostiene en; dieta, ejercicio, control de la glucosa y administración de la insulina. Se trata de un régimen de vida que supone ciertas renunciaciones especialmente duras, lo que hace difícil su seguimiento.

El acontecimiento que supone recibir su diagnóstico en edades entre 10 y 15 años, pone en riesgo el normal desarrollo psicológico del menor y del ciclo evolutivo familiar, cuyas consecuencias podrán hacerse evidentes tanto a nivel de su personalidad, como en la funcionalidad de la familia, ya que ese momento del ciclo vital, coincide con el desarrollo emocional, superación de angustias básicas y generación de la autonomía (10).

Esto puede estar producido por el hecho de tener que someterse a un complicado régimen de control o por sentirse estigmatizados por algunos requisitos que exige la enfermedad como el inyectarse insulina. También adquieren un peso importante, aspectos como la variabilidad de la alimentación, la incapacidad para controlar la actividad física o la dificultad para detectar síntomas de hipoglucemia(13).

El incipiente rol adquirido por el preadolescente y la falta de conocimientos previos, origina que no tenga estrategias de afrontamiento desarrolladas ante la nueva situación, ya que evidentemente no estaba preparado para ello. Igualmente, es muy probable que no haya pasado anteriormente por una situación similar (por lo que no tiene experiencias previas), lo que puede llevar a un afrontamiento ineficaz y con ello desembocar en un mal control de la enfermedad.

Realizar un seguimiento a preadolescentes diagnosticados de Diabetes Mellitus I, permite promover la estructura de una personalidad y una vinculación sana mediante la aceptación a la DM y comprensión de los conflictos psíquicos inherentes a esta enfermedad, lo que en el futuro llevaría a un mejor control metabólico a lo largo del tiempo (10).

Algunos estudios demuestran que los conocimientos y capacitación de las familias con niños diabéticos inciden en mejorar el control de la glucemia y tienen una perspectiva vital más positiva psicológicamente, en comparación con familias menos educadas (14).

Inicialmente los padres, ante esta nueva situación presentan dificultades en cuanto al equilibrio entre el cuidado del niño y otras responsabilidades como el trabajo, la vida social, la economía y otras tareas domésticas.

Como resultado pueden presentar más estrés, preocupaciones y tristeza, desencadenando en discusiones familiares y comportamientos problemáticos en los preadolescentes (15).

A esta situación se pueden añadir posibles sentimientos de culpa por causar daño a sus hijos con las inyecciones y controles de glucemia, así como el tener que someterles a pesadas obligaciones terapéuticas o alterarle los hábitos sociales y nutricionales(13). Igualmente pueden sentirse incapacitados para desarrollar la nueva situación de forma eficaz llevándoles a la frustración. Todo esto puede precipitar que los padres vivan en un clima propenso para el incumplimiento del régimen terapéutico del menor, debido a este gran número de obstáculos(13). Por esto, uno de los objetivos a trabajar con los padres debe de ser facilitar el desarrollo de estrategias de adaptación, para evitar la angustia, los conflictos familiares y con ello, los traumas infantiles, la discapacidad infantil y los síntomas del preadolescente (15).

Los progenitores tienen una influencia directa sobre el bienestar y la adaptación del menor, además desempeñan una función de vital importancia, en cómo el menor se adapta a convivir con la enfermedad (2). Esto tiene como consecuencia directa, que tengan parte de responsabilidad en cómo va a transcurrir la enfermedad de su hijo en el futuro, en ello radica la importancia de la educación y valoración de la progresión en el proceso a los padres.

El trabajar al mismo tiempo con padres e hijos, permite a los progenitores comprender en profundidad a lo que estarán expuestos sus hijo durante el desarrollo de la enfermedad y así estar más preparados para vincularse con ellos de una forma segura (10). Con el apoyo a la familia y no únicamente al individuo se consigue la adherencia al tratamiento, ya que la frustración y culpa por el fracaso para lograr resultados óptimos van afectar directamente a dicha adherencia (16). De este modo se consigue que tanto los padres como los preadolescentes, conduzcan la cronicidad hacia el autocontrol y la autoeficacia(17).

El trabajar en grupos, junto con otras personas que comparten un mismo problema, ya sea desde el punto de vista del preadolescente como el de los progenitores, además de conseguir un aumento de los conocimientos, mejora la sensación de confianza en el autocuidado (18).

Si además en estos grupos participan adolescentes “expertos” con sus padres, los resultados positivos se potenciarán. Esto se sustenta en que conocerán familias que han superado la dificultad que ellos presentan en ese momento. Además, supone un estímulo para fomentar y reforzar el cambio de actitudes en el proceso de aprendizaje del autocuidado (18). También, intercambiaran conocimientos, experiencias de vida y consejos. Esto les permite hacer una valoración de las propias posibilidades de cada uno y favorecer la socialización. Todo esto en sí mismo consigue en los afectados un efecto terapéutico (18).

La educación sanitaria impartida en las consultas de Enfermería en España, en algunas ocasiones puede resultar insuficiente para conseguir el objetivo de capacitar a los diabéticos en la práctica de los autocuidados necesarios para el control de su enfermedad(17).

A su vez, la enseñanza y proceso de adaptación son complejos, ya que deberían estar dirigidos tanto a los menores como a sus progenitores. Igualmente, el tratamiento intensivo que necesita esta patología, requiere un adecuado manejo de la misma por parte del paciente, para ello es necesario al igual que el plan educativo, el apoyo y la motivación continuados (3). Por todo esto, considero necesario la puesta en marcha de un programa educativo dirigido tanto a los diabéticos como a sus padres.

Este proyecto de educación para la salud respeta todos los aspectos de la bioética del cuidado, entendiendo el concepto de beneficencia, en educar al paciente, lo que está ligado a la modificación de estilos de vida que no contribuyen al mantenimiento de la salud (19) y la maleficencia como aspecto primordial de no hacer daño al paciente ni física ni psicológicamente, durante el desarrollo del programa.

El principio de autonomía lo cumplimos en dos tiempos. En el inmediato, ya que a los participantes en este EPS se les informará en qué consiste, los objetivos que se pretenden alcanzar y cómo lo vamos a llevar a cabo y libremente deciden si desean participar en el programa. En el tiempo futuro, puesto que es una forma directa de hacer al paciente responsable de su enfermedad desde edades tempranas, teniendo los conocimientos suficientes para guiar y decidir sobre su patología y gestionar de forma autónoma su salud.

La justicia y equidad está relacionada con la economía y el conseguir tener recursos sanitarios para todos (19), ya que a largo plazo este programa quiere que el diabético crónico sea experto en su enfermedad desde lo más pronto posible, y de este modo reducir el consumo de recursos sanitarios derivados de procesos agudos y complicaciones futuras innecesarias.

3. OBJETIVOS

3.1 Meta

Favorecer la correcta adaptación, tanto a los preadolescentes diagnosticados de DM tipo 1 como a sus padres.

3.2 Objetivo General

Al finalizar el programa tanto los menores con Diabetes Mellitus tipo 1 como sus progenitores, habrán adquirido la competencia para llevar a cabo la buena gestión de la enfermedad.

3.3 Objetivos Intermedios

Al finalizar el programa tanto los preadolescentes con DM1 como sus padres:

Conocimiento:

- Poseerán conocimientos sobre la DM 1.

Habilidad:

- Los progenitores habrán adquirido la capacidad de enseñar y guiar a sus hijos en los cuidados que requiere la DM. Los menores demostrarán las habilidades necesarias que requiere su proceso.

Actitud:

- Mostrarán una actitud positiva en la gestión de la enfermedad.

4. METODOLOGÍA PEDAGÓGICA

La salud en este programa de educación se interpreta desde el paradigma de la simultaneidad, siendo experimentada por el individuo, por lo tanto, sólo puede ser descrita por la propia persona en términos de calidad de vida. No hay un nivel óptimo de salud, es una experiencia personal, por lo que el sujeto será el que valore si se encuentra bien o no. Se trabajará desde la perspectiva de que la enfermedad no existe como algo negativo sino que es una experiencia que forma parte de la salud(20) .

Esta visión, ayuda a que interioricen que no son personas enfermas, sino con una salud diferente, la cual solo se diferencia de los no enfermos, en la auto observación de sus síntomas y en los controles médicos periódicos (*Concha Germán Bés*)(21).

Este programa de educación, se fundamenta en una perspectiva educativa centrada en la persona, bajo hipótesis como la "Teoría Social Cognitiva de Bandura", en la que entiende que el abordaje del cambio de conducta debe ser múltiple y observar al hombre de forma holística(22). La persona afectada está condicionada constantemente por su entorno y esto a su vez influye en sus emociones. Es contrario a los modelos de aprendizaje basados en la mera transmisión de información y desde la verticalidad (profesional-paciente).

La finalidad de la educación, es que los pacientes diabéticos consigan lograr una glucemia diaria óptima y evitar posibles complicaciones, mediante el autocontrol de la glucosa en sangre, alimentación apropiada, práctica adecuada de actividad física y la administración de los fármacos recetados. Todas estas actividades son elementos clave de la enseñanza tanto a los pacientes diabéticos(23) como a sus progenitores.

A su vez se trabajará la cohesión familiar, ya que esta conexión entre los familiares implica que haya entre ellos interacciones de apoyo adecuadas y positivas que se asocian con un mejor control de la glucemia, adherencia y funcionamiento psicosocial de los preadolescentes (24).

Se trabajará para que los padres de los menores, comprendan la experiencia que vive su hijo, tomen consciencia de las propias capacidades de auto-cuidado y nivel de autonomía que posee el menor. Igualmente se espera que adquieran habilidades pedagógicas para optimizar la transferencia de responsabilidades dentro de la familia (25), ya que esto se relaciona con un mejor control de la glucemia, disminución de los conflictos familiares y mejora de la calidad de vida (26). Para conseguir esto, se debe tener en cuenta durante el programa el mismo nivel de atención educativa a los padres que a los hijos(27).

El estado de ánimo es algo fundamental en el aprendizaje, en función de cómo se encuentren va a condicionar el resultado, ya que las emociones influyen en el comportamiento y la cognición (15). Por ello se debe valorar, en la medida de lo posible, cuál es la situación de cada paciente tanto de manera individual como el contexto que le rodea.

Igualmente se deberán conocer las estrategias de afrontamiento que están llevando a cabo los usuarios del programa ante el incipiente cambio de roles que supone la cronicidad en un miembro de la familia, ya que en relación a estas se integrarán mejor o peor los procesos de aprendizaje. Se deberán contemplar factores que pueden influir en el cambio de hábitos de vida, por ello se debe de tener presente el nivel de estrés, la cultura y las creencias religiosas.

Otros aspectos clave para llevar a cabo el cambio son la capacidad de aprendizaje del paciente y de los padres, que depende directamente de su disposición para aprender(23), los conocimientos previos, lo que necesitan conocer, lo que le supone su situación actual de enfermedad, sus preocupaciones y expectativas, así como sus actitudes y motivación para el cambio(28).

El educador debe posicionarse desde la empatía, mediante el respeto, la aceptación, la confianza, sin hacer juicios de valor, utilizando comunicaciones terapéuticas, gestión de emociones y conocimientos sobre educación y cuidados.(28)

Dado que cada persona es única y es imposible predecir cómo se van a encontrar los usuarios en el comienzo y durante el programa, este, aun teniendo un diseño base, se irá modificando en función de las necesidades que presenten al inicio del EPS o según se vaya desarrollando.

Por ejemplo, el contenido educativo de la segunda sesión, estará condicionado por los conocimientos que se valoren en la primera reunión. Aun así se intentarán abordar; la descripción de la patología, tratamiento farmacológico, control de la glucemia, nutrición adecuada, incorporación de la actividad física al modo de vida, la prevención y detección de situaciones/conductas de riesgo y la integración de la adaptación psicosocial a la vida cotidiana(29).

Se tendrá en cuenta que el aprendizaje es mucho más efectivo cuantos más canales sensoriales se utilicen y cuanta más participación exista por parte de la persona(28), por lo que se desarrollarán sesiones dinámicas en las que se favorecerá que intervengan los participantes (siempre que ellos así lo permitan).

Se llevará a cabo el refuerzo positivo sobre todo en los más jóvenes con la finalidad de que los resultados de las intervenciones sean más eficaces. También se pondrá a su disposición material para casa, al que puedan recurrir y así reforzar la información proporcionada durante las sesiones.

Una de las mejores herramientas del programa será el uso de preguntas “interventivas” mediante las cuales los usuarios podrán compartir inquietudes, información, desafíos y problemas, lo que les ayudará a descubrir nuevas estrategias. Cuestiones como; ¿Cuáles son las mayores preocupaciones acerca de la DM1? o ¿qué ha sido de gran ayuda para adaptarse a la enfermedad y lo que ha sido menos útil?(27).

Este EPS tiene como punto fuerte el ámbito de lo “social”. Es decir (al igual que Bandura explicó), las personas que aprenden unas de otras dan un salto cualitativo importante en su conocimiento mediante la observación y la imitación, interviniendo factores cognitivos (como la capacidad de reflexión) que ayudan a decidir si se copia la conducta o no(30). Por esto, se va a contar con la colaboración de adolescentes diagnosticados de Diabetes Mellitus I “expertos” y sus padres, para que mediante sus vivencias, conocimientos y puntos de vista como “especialistas”, ayuden en la buena adaptación a la nueva situación de los participantes del programa.

5. DISEÑO DEL PROYECTO

5.1 Definición de la población y estrategias de difusión y captación de la población

5.1.1 Definición de la población

En cuanto a los criterios de inclusión, los usuarios serán tanto los afectados con DM 1 como sus progenitores. En este programa definimos a los padres como cualquier adulto que adopta la responsabilidad de la crianza del niño, esto podría incluir a los padres biológicos, tutores u otro miembro de la familia adulto (15). Deberán de ser residentes en Vitoria-Gasteiz para poder seguir valorando la adaptación familiar a la cronicidad a través de la enfermera de su Centro de Salud.

Tendrán que ser familias que lleven un mal control de la enfermedad, ya sea relacionado con lo físico (glucemia en sangre, nutrición y/o actividad física inadecuada), con la falta de conocimiento o con una mala adaptación emocional, ya sea individual o a nivel familiar a la DM.

El preadolescente debe llevar un mínimo de tres meses diagnosticado, con la finalidad de que todos los participantes tengan una base de conocimientos sobre todo lo que engloba a la patología.

La edad de los tutores no tendrá rango. Los preadolescentes tendrán que tener entre 10 y 15 años. No se exige en ninguno de los participantes ninguna condición ni cultural, económica o educativa.

El número máximo de participantes es de 6 preadolescentes más sus progenitores. Se recomendará la conveniencia de que acudan los dos padres al programa, ya que también está dirigido a ellos y se va a valorar como están respondiendo individualmente cada uno a la nueva situación. En el caso de no poder acudir los dos, se indicará la importancia de que uno de ellos se comprometa a acudir a todas las sesiones con el fin de conseguir una mayor efectividad del EPS, mediante la continuidad de las reuniones y para que nadie se quede desconectado de la dinámica grupal.

Los participantes en función de la necesidad del programa, se repartirán en salas diferentes preadolescentes y padres. Igualmente, cuando esté el grupo al completo y se requiera hacer grupos, se intentará que haya rotación en los mismos para favorecer la interacción de todos los integrantes.

En los criterios de exclusión estarán todas las personas que no hablen o entiendan el castellano y personas que necesiten una enseñanza individualizada, como deterioros cognitivos, alteraciones de conducta, Síndrome de Down, etc... para intentar conseguir un ritmo en las sesiones y que todos los participantes vayan al mismo compás.

Se les informará sobre los contenidos, objetivos, participantes y condiciones del programa, posteriormente firmarán la inscripción tanto preadolescentes como padres (Anexo VII). Se indicará que es voluntario, por lo que pueden abandonar en cualquier momento (aun así se solicitará compromiso) y confidencial, ya que toda la información que se comparta durante las reuniones permanecerá bajo secreto profesional.

En cuanto a los horarios se intentará valorar las preferencias de los padres, con el fin de facilitar el que acudan los dos miembros a las sesiones, siempre y cuando cumplan el requisito de no ser dentro del horario escolar. A si mismo las fechas quedarán establecidas antes de la firma de inscripción con la finalidad de disminuir el riesgo de abandono del programa por incompatibilidad horaria (26).

En relación a los pacientes expertos deberán tener entre 16 y 20 años, en cuanto sus padres no deberán estar en ningún rango de edad. Se les exigirá unos niveles de HbA1c mantenidos en parámetros de normalidad en los últimos tres años y haber sido diagnosticados de DM1, con un mínimo de 4, con el fin de tener experiencia y conocimientos de la enfermedad.

Se les solicitará cumplimentar un cuestionario sobre la enfermedad en el que deberán obtener un 100% de respuestas acertadas (AnexoVIII).

5.1.2 Estrategias de difusión y captación de la población

Se pedirá colaboración en la difusión de la información y en la captación de los participantes principalmente a las enfermeras de consultas externas del HUA (pediatría-endocrino) ya que son las que tienen más accesibilidad y contacto con personas que reúnen los requisitos del programa. A sí mismo, se encargarán de seleccionar y ofertar la participación voluntaria de los padres y adolescentes “expertos”.

Igualmente se solicitará colaboración a las enfermeras de la unidad de pediatría del Hospital Universitario de Álava, ya que son la primera fuente de información y apoyo que encuentran al inicio del proceso este tipo de pacientes.

Se les entregará toda la información del programa en un PDF y folletos informativos para que den a las familias seleccionadas. También se entregarán posters explicativos para poner en los Centros de Salud, ya que puede haber posibles participantes que coincida que no acuden a la consulta del especialista (Anexo X).

Igualmente habrá una campaña a nivel escolar en la que se enviará vía mail información a la directiva de los colegios, con la finalidad de que puedan ofertar el programa en el caso de que detecten usuarios que estén en esta situación.

Las sesiones se llevarán a cabo en el Centro de Salud Salburua, exceptuando la tercera (Máster Chef, ¡a cocinar!), que se realizará en las instalaciones de cocina del Centro Cívico de Salburua.

5.2 SESIONES EDUCATIVAS

5.2.1 Esquema de las sesiones

SESIONES	TITULO/DURACIÓN/FECHA Y HORA	DESARROLLO
1º	<p>¡PRESENTEMONOS!</p> <p>(1,30h)</p> <p>25/01/ 2017</p> <p>Lunes</p> <p>A las 18.00h</p>	<p>A. Presentación de los padres y preadolescentes. Se les hará pegatinas identificativas que llevarán en todas las sesiones.</p> <p>B. Mediante una dinámica con tarjetas, plantearán las principales dudas que tienen sobre la Diabetes Mellitus e intentaran contestarse entre ellos. Se dejaran dudas sin resolver, deberán buscarles repuesta en casa para poner en común lo encontrado en la próxima sesión.</p> <p>C. Se abrirá un debate sobre qué es cuidarse y qué es lo que hacen realmente para cuidar de sí mismos (25).</p> <p>D. Complimentaran una ficha escogiendo entre diferentes platos, el que más les gusta y añoran.</p> <p>E. Se les solicitará que traigan un muñeco a la próxima sesión.</p>
2º	<p>¡VAMOS APRENDER!</p> <p>(2 horas)</p> <p>1 /02/ 2017</p> <p>Lunes</p> <p>A las 18.00h</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dudas del día 25 2. ¿Te los sabes? 3. ¿Lo comprobamos? 4. ¡A organizarse! 5. ¿Cómo nos premiamos?
3º	<p>MASTER CHEF, ¡A CONICNAR!</p> <p>(2 horas)</p> <p>8 /02/ 2017</p> <p>Lunes</p> <p>A las 18.00h</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dudas sobre lo expuesto el día 1 2. Cómo cocinar tu plato favorito. 3. ¡Las manos en la masa! 4. Dieta por raciones. 5. Cocina creativa con recetas saludables.

4º	<p>¡TODOS JUNTOS! (2 horas) 15 /02/ 2017 Lunes A las 18.00h</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dudas del día 8. 2. Relatando la experiencia. 3. Compartiendo miedos. 4. Información cruzada. 5. Role-Playing 6. Resolución de problemas.
5º	<p>¡DESPEDIDA ON LINE! (1,30) 22 /02/ 2017 Lunes A las 18.00h</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dudas sobre lo expuesto el día 15. 2. Puesta en común de la consecución de la conducta a cambio y en el caso de no haberlo conseguido, compartir las dificultades que se hayan presentado. 3. Se les inscribirá en un blog de usuarios Vitorianos (dirigido tanto al diabético preadolescente como a sus padres), en la que tienen todo tipo de información referente a la patología. También les ofrece la posibilidad de entrar en chats por edades para interactuar con personas que viven la misma situación. 4. Se realizará conjuntamente una valoración final mediante una charla sobre cómo iniciaron el EPS y cómo lo terminan (tanto en conocimientos como en motivación, estado de ánimo y habilidad) y cumplimentarán una encuesta de valoración individual. 5. Merienda de despedida a la que los “expertos” estarán invitados. Podrán acudir acompañados de un amigo o familiar “extra” que consideren cercano (hermano, primo...)

5.2.2 SESIÓN 2: ¡VAMOS APRENDER!

Objetivos específicos:

Al finalizar la sesión los integrantes del grupo serán capaces de:

- Explicar los conocimientos adquiridos el día anterior.
- Exponer conocimientos básicos de la enfermedad.
- Identificar signos y síntomas de peligro y mostrar cómo actuar ante los mismos.
- Realizar de forma correcta las modificaciones en las pautas de insulina.
- Demostrar interés en la realización de la agenda.
- Definir ejemplos de cómo llevar a cabo refuerzo positivo.

Duración:

- 2 horas.

Descripción:

Se preguntará por lo aprendido el día anterior, dudas que hayan surgido y se pondrá en común la información que recopilaron en casa.

La finalidad de la sesión es exponer los conocimientos más importantes que necesitan tener interiorizados sobre la patología. Se realizarán dinámicas con la finalidad de que se fijen los conceptos básicos.

Se les ayudara a realizar una agenda con el reparto de tareas diarias con el objetivo de que comiencen a desarrollar autonomía en la gestión de la Diabetes dentro de la vida cotidiana (31). Igualmente, facilitará a los progenitores a identificar las responsabilidades que deben delegar a sus hijos favoreciendo el autocuidado de los mismos. Igualmente les ayudará a reducir su carga de trabajo y compromiso, disminuyendo la posible ansiedad derivada la cronicidad de su hijo (24).

Posteriormente mediante una actividad, se trabajará cómo realizar el refuerzo positivo y se expondrá el propósito del mismo.

○ **ACTIVIDAD 1: ¿Te los sabes? 40 min**

Presentación con ppt sobre: (Anexo XI)

- Fisiología de la DM.
- Luna de miel
- Qué es la hipoglucemia e hiperglucemia/cetosis y sus signos y síntomas.
- Control de la glucemia

- Qué es la insulina, cómo se administra y dónde.
- Actividad física.

Se les entregará en pdf tanto la Guía para jóvenes y adultos con DM 1 en tratamiento intensivo como el libro “Lo que debes saber sobre la Diabetes en la edad Pediátrica” (Anexo XI).

- **ACTIVIDAD 2: ¿Lo comprobamos? 40 min**

Se harán dos grupos y se les entregarán dos problemas para resolver sobre un ajuste puntual de Insulina, es decir, realizado cuando nos encontramos ante cifras ocasionalmente altas o bajas (no en un cambio definitivo) (32). Adjunto a ellos tendrán la pauta de modificación. Posteriormente se comprobará si coinciden los resultados de los dos grupos y si son correctos. Una vez resueltos los problemas, todos los participantes simularán con el muñeco que hayan traído, todo el proceso (realización de glucometer, carga y administración de insulina). (Anexo XII)

En grupos de tres se les proporcionará una hoja con tres situaciones diferentes; hipoglucemia en el parque con los amigos, hiperglucemia en casa, que hacer antes del ejercicio. Deberán plantearse como actuarían y después poner en común todos los participantes lo acordado en cada grupo. Se debatirá sobre lo expuesto en común. (Anexo XIII)

- **ACTIVIDAD 3: ¡A organizarse! 20 min**

Por familias se les ayudará a realizar una agenda para poder registrar todos los datos de interés en la vida cotidiana relacionados con la DM (dietas, actividad, dosis de insulina...). Para ello se les entregarán unas tablas orientativas que podrán utilizar. (Anexo XIV)

- **ACTIVIDAD 4: ¿Cómo nos premiamos? 20 min**

Se les indicará como realizar refuerzo positivo en el cumplimiento de las actividades bien realizadas, para ello se les enseñará como registrar semanalmente mediante en una cartulina y pegatinas de colores. (Ejm: si en el día registran todos los controles de glucemia y en las horas → 15' más de juego con los amigos), se les invitará a que propongan diferentes ejemplos de recompensas, tanto los padres como a los hijos. A si mismo esta actividad la deberán pactar en familia y ajustar a las capacidades del preadolescente. (Anexo XV)

5.2.3SESIÓN 3: MÁSTER CHEF, ¡A COCINAR!

Objetivos específicos:

Al finalizar la sesión los integrantes del grupo serán capaces de:

- Describir las diferencias entre la forma de cocinar ellos el plato anhelado y la receta individualizada entregada.
- Identificar los factores por los que es importante la medición de los alimentos.
- Relatar los aspectos por los cuales los platos realizados son compatibles con la DM.
- Demostrar habilidad a la hora de pesar los alimentos.
- Mostrar interés en la realización de la receta
- Explicar la combinación de los platos de forma adecuada, aplicando la teoría de la dieta por raciones.

Duración:

2 horas.

Descripción:

Se comenzará resolviendo dudas de las reuniones anteriores.

Este día se llevará a cabo en el Centro Cívico de Salburua. El objetivo de esta sesión es que aprendan a pesar los alimentos y la importancia de hacerlo. Igualmente se pretenderá mediante la práctica culinaria, que comprueben de primera mano que cocinar saludablemente puede ser sencillo a la vez que rico. También deberán conocer en que consiste la dieta por raciones. Para elaborar las recetas culinarias, se contará con la participación de forma altruista del cocinero JMS.

Al finalizar se les dará información en ppt para que en casa tengan material al que acudir en caso de dudas.

○ **ACTIVIDAD 1: Cómo cocinar tu plato favorito. 10 min.**

Con esta actividad podrán valorar que la enfermedad no tiene por qué suponer eliminar de forma radical las recetas que le gustan al preadolescente, si no que con pequeños cambios pueden seguir comiéndolas, en los que en algunos casos puede que solo afecte a las cantidades.

Cada participante recibirá una tarjeta individualizada con el plato elegido como deseado en la primera sesión. Las cantidades de dicha receta corresponderán a las necesidades del preadolescente y cocinado de manera compatible con la DM.

Deberán valorar el cambio en su receta, si se han modificado ingredientes, cantidades, formas de cocinar el alimento. Posteriormente deberán sacar conclusiones de por qué la nueva receta es más beneficiosa para su salud.

○ **ACTIVIDAD 2: Las manos en la masa. (60 minutos)**

Mediante esta dinámica se pretende que tanto el preadolescente como los padres comprueben que hacer una receta adecuada para la DM no tiene mayor dificultad que otra normal. Igualmente que practiquen el pesar los alimentos y así corroborar de primera mano que no tiene mayor complicación. Antes de realizar los platos se les pedirá su opinión sobre si consideran difícil cocinar de forma adaptada a la Diabetes.

Habrán seis recetas a realizar entre dos grupos, por un lado adultos y por otro preadolescentes. El primero obtendrá ayuda de una enfermera y el segundo de otra y del cocinero profesional.

Para la elaboración del plato deberán usar los ingredientes en las cantidades que se les indique con la ayuda de material de medición. Estos ingredientes los encontrarán prácticamente troceados en su mayoría, pero no en las cantidades adecuadas (por lo que tendrán que quitar o trocear más).

Al finalizar los platos se procederá a catar cada receta, posteriormente deberán explicar entre todos, si los platos realizados son saludables y cómo se compatibilizan con la DM, si les han gustado y el grado de dificultad que han encontrado en la elaboración.

○ **ACTIVIDAD 3: Dieta por raciones (45min)**

Se realizará una breve explicación con ayuda de diapositivas sobre la teoría en la que se basa realizar una dieta por raciones (Anexo XVI). Se les entregarán tablas con valores nutricionales en ppt (Anexo XVIII)

Posteriormente se visualizarán unas fichas enumeradas con fotos de los platos realizados y la información nutricional. Se pactará con ellos un número de raciones de CH con el que se va a trabajar en la actividad (ej: 5 raciones). Se les dejará un par de minutos para que decidan como agruparían los platos, para hacer un menú respetando la teoría del número de raciones de CH y dentro de sus gustos (Anexo VII). Posteriormente se pondrá en común.

○ **ACTIVIDAD 4: Cocina creativa con recetas saludables(5min)**

Al terminar la sesión se les dará un pdf con recetas que aunque están adaptadas a la Diabetes Mellitus, son apetecibles y típicas. La finalidad es que tengan a mano un recurso al que acudir en caso de que no sepan qué y/o como cocinar cuando estén en casa. Igualmente les servirá para comprobar que son recetas de comida habitual (Anexo XVIII).

Igualmente se les dará en pdf 10 menús diferentes adaptados a la DM (cada uno con las cinco comidas diarias) y sus correspondientes tablas nutricionales (Anexo XIX).

También se les dará desarrolladas en papel las recetas de los platos realizados en la sesión, con sus correspondientes tablas y ración de CH. (Anexo XX)

5.2.4 SESIÓN 4: ¡TODOS JUNTOS!

Objetivos específicos:

Al finalizar la sesión los integrantes del grupo serán capaces de:

- Verbalizar expresiones de interés hacia las experiencias personales relatadas por el preadolescente experto y sus padres.
- Compartir experiencias, miedos y emociones relacionadas con la vivencia de la enfermedad.
- En el caso de los progenitores, mostrar a sus hijos una actitud positiva hacia la DM.
- Demostrar capacidad de resolución de conflictos.
- Identificar conductas de mejora.

Duración: 2 horas

Descripción:

Al igual que en todas las sesiones se iniciará solventando dudas de las reuniones anteriores.

Una vez se hayan puesto las pegatinas identificativas se les dividirá en dos grupos padres y preadolescentes. Cada grupo aunque realizará las mismas actividades, estará en salas diferentes para el ejercicio 1,2 y 3 mientras que en el resto de las dinámicas se les juntará.

En esta sesión participará mínimo, un adolescente-experto junto a sus padre/s.

Una de las áreas importantes a trabajar en esta sesión es la resolución de problemas, entre ellos los errores en la comunicación. Las habilidades específicas ello, se expondrán en pasos secuenciales que incluyen la definición del problema, lo que genera soluciones alternativas, toma de decisiones, solución y verificación e implementación (15).

Al finalizar la sesión se les pedirá que traigan algo para merendar en la última reunión que cumpla los criterios aprendidos el día anterior con ayuda de la información entregada.

ACTIVIDAD 1: Relatando su experiencia. (15 min)

En esta actividad permanecerán todos sentados en círculo (incluyendo la enfermera que guía la sesión). Los expertos se presentarán y relatarán brevemente el trascurso de adaptación a la situación crónica y los aspectos más relevantes que deberían conocer los noveles desde su punto de vista, tanto el del menor como su progenitor.

ACTIVIDAD 2: Compartiendo miedos. (30 min)

Escribirán en tarjetas (Anexo XXI) de forma anónima, las tres cosas que más les preocupa sobre el proceso de su hijo y el suyo propio a lo que darán respuesta los padres y adolescentes “expertos”.

ACTIVIDAD 3: Información cruzada (15 min)

Los expertos cambiarán de grupo y darán información sobre cómo vivieron ellos el momento que actualmente están viviendo los integrantes del programa y que habrían cambiado en la relación con su familiar para facilitar la adaptación al proceso.

ACTIVIDAD 4: Role-Playing(30 min)

Para ayudar a identificar los problemas en la comunicación, se sacará de la sala a dos familias y se les entregará una hoja con dos situaciones diferentes (Anexo XXII), entre las que escogerán una y la tendrán que representar, en ellas se producen errores de comunicación (interrupciones, ausencia de contacto visual...) (33).

Después de cada Role-Playing el resto del grupo expondrá los aspectos negativos que hayan detectado y se hará una lluvia de ideas sobre estrategias de comunicación alternativas positivas y que habrían reducido la probabilidad de conflicto (33).

ACTIVIDAD 5: Resolución de problemas (30 min)

Se les entregará un documento en la que deberán identificar y registrar en familia un error de comunicación que suelen llevar a cabo cada miembro y de forma consensuada marcar objetivos individuales, una meta específica a corto plazo y el incentivo con el que se les recompensará cada vez que lo lleven a cabo (15). (Anexo XXIII)

Se les recomendará que pauten una fecha cercana para reunirse y valorar si se está llevando a cabo el cambio, si no es así, evaluar el por qué y valorar si hay que modificar alguno de los pasos o volver a empezar (33). Se les aconsejará el uso de este tipo de actividad para la resolución de otros problemas conductuales. Igualmente se les comentará la posibilidad de llevarla a cabo con otros miembros de la familia o de forma conjunta.

Se les informará que en la siguiente sesión deberán exponer cuál era su error de comunicación, cómo lo plantearon y si están conseguido el cambio.

6.3 PRESUPUESTO

PERSONAL	NUMERO	HORAS TRABAJADAS	€
Enfermeras	2	20h en el programa 35h en la preparación	
Cocinero	1	2h en la sesión 2h de preparación	0

MATERIAL	CANTIDAD	€
Cartulinas	15	
Paquete folios	1	
Paquetes pegatinas pequeñas circulares rojo y verde	3/3	
Bolígrafos	15	
Pegatinas blancas	100	
Equipo de Proyector (wiffi)	1	
Salas	2	
Sillas	23	
Jeringas subcutáneas	10	
Sueros unidosis	10	
Glucometer	2	
Tiras	10	
Ingredientes		
Cocina (con útiles)	1	

5.4 EVALUACIÓN

La evaluación nos va a permitir valorar la respuesta educativa del grupo al EPS y como consecuencia comprobar si ha sido efectivo.

Dicha valoración estará dirigida tanto al proceso, al desarrollo como a los resultados (eficacia), tal como indica la Guía de Práctica Clínica sobre DM (29). De esta forma obtendremos información exhaustiva acerca de cómo se está realizando el EPS.

Para llevarla a cabo de forma minuciosa y garantizar el registrar los diferentes aspectos a valorar lo más rigurosamente posible, se hará uso de unas tablas (Anexo V) al finalizar el programa.

Se realizará una valoración continua, ya que por una parte después de cada una de las reuniones los profesionales analizarán la sesión desarrollada en el día, con la finalidad de ir modificando los contenidos en función de las necesidades de los usuarios y corroborar la cumplimentación de los objetivos específicos.

También se realizarán preguntas abiertas a los participantes para conocer su percepción sobre cada sesión. Igualmente se les hará cuestiones al inicio de las clases, sobre lo expuesto el día anterior para comprobar la integración de los contenidos.

Así mismo, las enfermeras encargadas de impartir el programa se encargarán de realizar una valoración continua, observando la actitud de los usuarios; si participan o se sienten incómodos, el lenguaje no verbal, la interacción entre los usuarios y la aceptación de las actividades.

El último día todos los partícipes cumplimentarán un cuestionario con la finalidad de recopilar información que ayude a mejorar el EPS y su efectividad en el futuro (Anexo XXV).

A los seis meses se les reunirá para analizar los valores de HbA1c de cada uno, ya que es un buen parámetro que nos indica como el paciente ha controlado los niveles de glucemia en los últimos tres meses. En el caso de que no estén en el rango de normalidad, se sacarán conclusiones de por qué no se ha producido el cambio y qué echaron en falta que consideren que les habría ayudado más en el EPS. Igualmente si están dentro de los valores esperados, expondrán cómo lo han conseguido y en qué les ayudó del programa.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2015 Diciembre. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
2. García Mochón L, Vallejo Godoy S, Antonio Olry de Labry Lima A. Organisational models in caring type 2 diabetes mellitus patients. Literature review and economic assessment. Executive summary. Informes, estudios de investigación. , Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
3. Villalba Castaño C, Aragonés Gallego A, Carcav A. Diabetes Mellitus Tipo. Toledo: Hospital Virgen de la Salud, Servicio de Pediatría; 2011. Report No.: 4.
4. American Diabetes Association. [Online].; 2013 [cited 2015 Febrero. Available from: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/aspectos-genticos-de-la-diabetes.html?referrer=https://www.google.es/>.
5. Castaño L. Presente y futuro de la Diabetes Infanto-Juvenil. [Online]. Bilbao; 2015.
6. Ruiz Gonzalez MD, Martínez MR. Enfermería del niño y adolescente I. In Enfermería del niño y adolescente I. Madrid; 2009. p. 364-375.
7. Ruiz Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral Sanchez E, Corral San-Laureano F, Fernandez-Fernandez I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia costes económicos y desigualdades. La gaceta sanitaria. 2006;(20): p. 15-24.
8. Martinez-Castelao A. Repercusiones clínicas y sociales de la epidemia de la diabetes mellitus. NefroPlus. 2008; 28(8).
9. Montilla Perez M, Mena Lopez N, Lopez de Andrés A. Efectividad de la educación diabetológica sistematizada en niños que debutan con Diabetes Mellitus tipo 1. Index Enfermería. 2012 enero-junio; 21(1).
10. Zuñiga H F, Inzunza C, Ovalle G C, Ventura W T. Type 1 Diabetes Mellitus and Child-Adolescent Psychiatry. Childeren Pediatric. 2009 Octubre; 80(5): p. 467-474.
11. Conde Barreiro S, Rodriguez Rigual M, Bueno Lozano G, Lopez Siguero J, Gonzalez Pelegrin G, Rodrigo Val MP, et al. Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años en España. Anales de Pediatría. 2013; 81(3): p. 189.
12. Crespo C, Brosa M, Soria-Juan A, Lopez-Alba A, López-Martínez N, Soria B. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes). Avances en Diabetología. 2013; 29(6): p. 182-189.
13. Olivares J, Mendez F, Bermejo RM, Ros MC. Efectos de un programa de entrenamiento a padres sobre las barreras al cumplimiento en niños con diabetes insulino dependiente. Psicología conductual. ; 5(2): p. 199-218.
14. Hoey H M. Capacitar a niños con Diabetes y a sus padres. Diabetes Voice. 2004 Junio; 49: p. 25-27.
15. Eccleston C, Fisher E, Law E, Bartlett J, Palermo M. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness (Review). The Cochrane Library. 2015;; p. 175.

16. Christie D, Thompson R, Sawtell M, Allen E, Cairns J, Smith F, et al. Estructurada, intensa educación, la maximización de compromiso, motivación y cambio a largo plazo para los niños y jóvenes con diabetes: un grupo ensayo controlado aleatorio de un proceso integral y evaluación económica - el estudio CASCADE. *Health Technology Assessment*. 2014 Marzo; 20(18).
17. Santamaria Caceres P. La terapia de grupo como herramienta de trabajo en la educación sanitaria de los pacientes con Diabetes Mellitus. *Metas de Enfermería*. 2003; 6(4): p. 24-26.
18. R. Patton S. Estudio transversal: el miedo de los padres a la hipoglucemia de niños con diabetes de tipo 1 con un mal control glucémico, se asocia con un peor control de la glucemia en el niño y la angustia emocional de los padres. *Evid Based Nurs*. 2011 Marzo.
19. Sánchez García Z, Marrero Rodriguez JN, Becerra Peña O, Herrera Calleñas D, Alvarado Peruyedo JC. Los principios bioéticos en la atención primaria de salud. *Apuntes para una reflexión. Rev. Cub. Med. Gen. Inte*. 2003 Sept-Oct; 19(5).
20. Ruiz de Alegria B, Ulibarri A. *Grandes Corrientes Del Pensamiento De Enfermería: Paradigmas*. Vitoria-Gasteiz; Bases teóricas de la enfermería; 2010-2011.
21. Basurto S. *Proceso crónico*. Vitoria: Escuela de Enfermería, Asignatura de Comunitaria; 2013-2014.
22. Lubkin IM , Larsen PD . *Enfermedades crónicas : impacto e intervenciones* . 7ª ed. Sudbury : Jones & Editores Bartlett ; 2009. Citado en: De Lorenzo Urien E. *Principios de Aprendizaje en Los Que se va a sustentar el Programa educativo* . Vitoria- Gasteiz . Asignatura Enfermería Comunitaria del Grado de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria - Gasteiz . Curso 2015-2016 ; 1-4
23. Williams and wilkins L. *Diabetes Mellitus.Guia para el manejo del paciente H NH*, Robinson J, Tscheschlog B, editors.; 2007.
24. Moreira H, Frontini R, Bullinger M, Canavarró MC. Caring for a Child With Type 1 Diabetes: Links Between Family Cohesion, Perceived Impact, and Parental Adjustment. *Journal of Family Psychology*. 2013; 27(5): p. 731-742.
25. Pelicand J, Fournier C, Le Rhun A, Aujolat I. apoyo para el autocuidado en pacientes pediátricos con diabetes tipo 1: salvar la brecha entre la educación del paciente y la promoción de la salud? Una revisión. *Wiley Online Library*. 2015 Junio; 18(3).
26. R. Patton S, Odart C, L. Kurt M, A. Clements M. Pilot Study Results for a Novel Behavior Plus Nutrition. Intervention for Caregivers of Young Children With Type 1 Diabetes. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2014; 46(5): p. 429-433.
27. Konradsdottir E, Kolbrun Svavarsdottir E. How effective is a short-term educational and support intervention for families of an adolescent with type 1 diabetes? *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2011 Mayo 16;; p. 2915-304.
28. De Lorenzo E. *Principios de aprendizaje en los que se va a sustentar el programa educativo*. Vitoria Gasteiz: Escuela de Enfermería, Trabajo de fin de Grado; 2015.
29. *Guía de Práctica sobre la Diabetes Mellitus Tipo 1*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociale e Igualdad; 2012.
30. Pascual Lacal PL. "Teorías de Bandura aplicadas al aprendizaje". 2009.

31. Fournier C, Le Rhun A, Aujolat I. apoyo para el autocuidado en pacientes pediátricos con diabetes tipo 1: salvar la brecha entre la educación del paciente y la promoción de la salud? Una revisión. *Health Expectations*. 2013 Enero; 18(3): p. 9.
32. Landajo I, Camarero M, Rubio MA, Gámiz A, Paskual A, Arteche C, et al. ¡ME ACABAN DE DECIR QUE TENGO DIABETES! Guía para jóvenes y adultos con diabetes tipo 1 y en tratamiento intensivo. 2012 Mayo.
33. Carpenter JL, Price JE, Megan J. Multifamily Group Problem-Solving Intervention for Adherence Challenges in Pediatric Insulin-Dependent Diabetes. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. 2014; 2(2): p. 101-115.
34. Hernandez J, Martínez P. Propuesta metodológica para evaluar programas de orientación educativa. *Rev. Electr. Inv. Evalu. Educa*. 2006; 2(2-1).
35. Licea Puig ME, Bustamante MT, Lemane Perez M. Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents; clinicoepidemiological, pathogenic and therapeutic aspects. *Rev. Cub.Endocri*. 2008 Abril; 19(1).

8. ANEXOS

7.1 Anexo I: Tabla de objetivos específicos

SESIONES	OBJETIVOS ESPECIFICOS
<p style="text-align: center;">1º SESION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar a los diferentes miembros del grupo y sus nombres. ○ Definir las dudas que tengan en relación a la Diabetes Mellitus. ○ Comprometerse a buscar información en casa sobre cuestiones sin contestar. ○ Expondrán actividades que son beneficiosas para su autocuidado.
<p style="text-align: center;">2º SESION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Explicar los conocimientos adquiridos el día anterior. ○ Exponer conocimientos básicos de la enfermedad. ○ Identificar los signos y síntomas de peligro y mostrar cómo actuar ante los mismos. ○ Realizar de forma correcta las modificaciones en las pautas de insulina. ○ Demostrar interés en la realización de la agenda. ○ Definir ejemplos de cómo llevar a cabo refuerzo positivo.
<p style="text-align: center;">3º SESION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Describir las diferencias entre la forma de cocinar ellos el plato anhelado y la receta individualizada entregada. ○ Identificar los factores por los que es importante la medición de los alimentos. ○ Relatar los aspectos por los cuales los platos realizados son compatibles con la DM. ○ Demostrar habilidad a la hora de pesar los alimentos. ○ Mostrar interés en la realización de la receta ○ Explicar la combinación de los platos de forma adecuada, aplicando la teoría de dieta por raciones.

4º SESION	<ul style="list-style-type: none">○ Verbalizar expresiones de interés hacia las experiencias personales relatadas por el preadolescente experto y sus padres.○ Compartir experiencias, miedos y emociones relacionadas con la vivencia de la enfermedad.○ En el caso de los progenitores, mostrar a sus hijos una actitud positiva hacia la DM.○ Demostrar capacidad de resolución de conflictos.○ Identificar conductas de mejora.
5º SESION	<ul style="list-style-type: none">○ Demostrar interés en registrarse en el blog○ Explicar los conocimientos adquiridos durante el programa○ Verbalizar las diferencias entre cómo iniciaron el EPS y como lo finalizaron (en las tres esferas actitud, habilidad y afrontamiento)○ Explicar sentimientos de autoeficacia sobre el manejo de la Diabetes Mellitus.

7.2 Anexo II: Tabla de sinónimos

CONCEPTO DE BUSQUEDA	SINONIMOS	INGLES	TESAURO
DIABETES MELLITUS		-DIABTES MELLITUS	-DIABETES MELLITUS TYPE 1
EDUCACION PARA LA SALUD	-PROMOCION DE LA SALUD -EDUCACION AL PACIENTE -EVALUACION DEL PROGRAMA	-HEALTH EDUCATION -PATIENT EDUCATION -PROGRAM EVALUATION	-HEALTH EDUCATION -PATIENT EDUCATION -PROGRAM EVALUATION
NIÑOS		-CHILDREN	-CHILDREN
ADOLESCENTES		-ADOLESCENT	-ADOLESCENT
PADRES	-PADRES -PROGENITORES	-PARTENTS -PARENTS	-PADRES <i>(usado en base de datos en castellano)</i>

7.3 Anexo III: Tabla de búsqueda exhaustiva

¿EN QUÉ BASE DE DATOS SE HA BUSCADO?	¿CUÁL HA SIDO LA ECUACIÓN DE BÚSQUEDA?	Nº DE RESULTADOS	OBSERVACIONES
MEDLINE 1º	Diabetes Mellitus and [patient education or health education] Limits: -Abstracts - Year: 1993-2015 -Age Groups: All child 6 to 12 years -Languages: Spanish and English	124	Búsqueda demasiado amplia para trabajar con ella, por ello voy a modificar la ecuación de búsqueda y quitar los límites para valorar el resultado.
MEDLINE 2º	Diabetes Mellitus and health education	76	Más reducido pero continua siendo una cifra elevada por lo que voy a poner límites en edad e idioma.
MEDLINE 3º	Diabetes Mellitus and health education Límites: -Abstracts -Age Groups: All child 0 to 18 years -Languages: Spanish and English	18	VALIDA

COCHRANE LIBRARY 1º	Diabetes mellitus and [patient education] and [children or adolescent] Limits: Date 1995-2015	1364	Resultado obtenido demasiado extenso para trabajar con él, por eso voy a cambiar la ecuación de búsqueda y a ponerle límites con menos margen de años.
COCHRANE LIBRARY 2º	Diabetes mellitus type 1 and [patient education] and [children or adolescent] Limits: Date 2000-2015	1354	Continúa siendo un resultado demasiado amplio. Con la finalidad de disminuirlo voy a reducir la fecha cinco años.
COCHRANE LIBRARY 3º	Diabetes mellitus type 1 and [patient education] and [children or adolescent] Limits: Date 2010-2015	1068	Sigue siendo un resultado muy amplio por lo que voy a cambiar la ecuación de búsqueda manteniendo la fecha.
COCHRANE LIBRARY 4º	Diabetes mellitus type 1 and [patient education] and [children] Limits: Date 2010-2015	0	Dado que no ha encontrado ningún resultado reformulo la ecuación de búsqueda.

COCHRANE LIBRARY 5º	Diabetes Mellitus type 1 and [adolescent] and [program evaluation]	2	VALIDA
CUIDEN	Education and [adolescents] and [diabéticos]	10	VALIDA
CINAHL1	Diabetes Mellitus and [patient education] and [children or adolescent]	55,972	Resultado muy numeroso, no factible para el trabajo. Modifico ecuación y pongo límites de fecha.
CINAHL2	Diabetes Mellitus type 1 and [patient education] and [adolescent] Limits: Date: 2010-2016	21	VALIDA
SPANISH COCHRANE PLUS 1	Diabetes Mellitus and [programa de educación] and [adolescentes or padres] En título y resumen. Limits: Date: 2006-2016	404	Cifra muy alta por lo que difícil de asumir para trabajar con ella. Voy a disminuir el rango en la fecha.

SPANISH COCHRANE PLUS 2	Diabetes Mellitus and [programa de educación] and [adolescentes or padres] En título y resumen. Limits: Date: 2006-2016	103	Continúa siendo un número demasiado elevado. Disminuyo el margen de la fecha.
SPANISH COCHRANE PLUS 3	Diabetes Mellitus and [programa de educación] and [adolescentes or padres] En título y resumen. Limits: Date: 20010-2016	19	VALIDA

7.4 Anexo IV: Tabla de objetivo de búsqueda y Artículos seleccionados.

OBJETIVO: VALORAR LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN EN PREADOLESCENTES DIABÉTICOS Y SUS PADRES				
TITULO/ REFERENCIA	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	RESULTADOS
<p>CINHAL ARTICULO A Randomized Clinical Trial of Clinic-Integrated, Low-Intensity Treatment to Prevent Derioration of Disease Care in Adolescents With Type 1 Diabetes</p> <p><i>Clarissa S. Holme, R.Chen, E. Mackey, M. Grey and R Streisand. Randomized Clinical Trial of Clinic-Integrated, Low-Intensity Treatment to Prevent Deterioration of Disease Care in Adolescents With Type 1 Diabetes. Diabetes Care. 2014 June; 37: p. 1535-1543.</i></p>	<p>Evaluar la eficacia de dos tratamientos en la consulta (educación o habilidades de afrontamiento) para evitar el deterioro en el control de la glucemia en los jóvenes adolescentes con DM 1.</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>226 familias de jóvenes con adolescentes. Edades comprendidas entre los 11 y 14 años. Diagnosticados de diabetes desde hace más de un año. Dentro de cada grupo familiar debía de asistir uno de los dos progenitores (92% madres). Fueron asignados al azar ya sea para recibir educación o habilidades de afrontamiento</p>	<p>Ambos grupos lograron prevenir con éxito el deterioro en la atención a la enfermedad. Igualmente su calidad de vida y la de sus padres indican una comunicación más productiva, disminuyendo los conflictos relacionados con la DM. El grupo educación fue más eficaz que el grupo afrontamiento en la mejora de la adherencia a la enfermedad y el control glucémico a lo largo de tres años de seguimiento.</p>

<p>CINHAL ARTICULO B</p> <p>Long-Term Maintenance of Treatment Outcomes: Diabetes Personal Trainer Intervention for Youth With Type 1 Diabetes.</p> <p><i>Tonja R, Ronald J, Simons B.G,Plotnik, L. Zeitzoffvl, L.P Clark. Long-Term Maintenance of Treatment Outcomes: Diabetes Personal Trainer Intervention for Youth With Type 1 Diabetes. Diabetes Care. 2009 May; 32(5): p. 807-809.</i></p>	<p>Evaluar los resultados de A1C en dos años de seguimiento mediante una intervención de autorregulación para los jóvenes con diabetes tipo 1.</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado.</p>	<p>81 jóvenes con diabetes tipo 1 con edades comprendidas entre los 11-16 años.</p> <p>Fueron asignados al azar a la atención habitual versus un entrenador personal de la diabetes.</p>	<p>Efecto general sobre la intervención de A1C (p=0,05).</p> <p>Igualmente hubo diferencias significativas en dicha intervención por edades (11-13, 14-16), teniendo mayor efecto en el grupo de mayor edad (p=0,02).</p>
---	--	-------------------------------------	--	---

<p>CINHAL ARTICULO C Structured, intensive education maximising engagement, motivation and long-term change for children and young people with diabetes: a cluster randomised controlled trial with integral process and economic evaluation the CASCADE study.</p> <p><i>Christie D, Thompson R, Sawtell M, Allen E, Cairns J, Smith M, et al. Estructurado, educación intensiva maximización de compromiso, motivación y cambio a largo plazo para los niños y jóvenes con diabetes: un ensayo controlado aleatorizado de un proceso integral y la evaluación económica del estudio CASCADE . Health Technolevaluar 2014; 18 (20)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluar la viabilidad de proporcionar un programa de grupo educativo estructurado basado en las clínicas, incorporando enfoques psicológicos para mejorar el control glucémico a largo plazo, la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial en una amplia gama de los jóvenes. -Investigar los efectos sobre el control glucémico a largo plazo de la diabetes. -Evaluar el impacto de la intervención sobre la calidad de vida. -Investigar el impacto en el funcionamiento psicosocial, incluyendo (1) el ajuste emocional y conductual de los niños y jóvenes; (2) el funcionamiento familiar; y (3) para el autocontrol, la toma de decisiones y la autoeficacia. -Investigar la rentabilidad 	<p>Ensayo controlado aleatorizado.</p>	<p>362 niños de entre 8 y 16 años, con diagnóstico de diabetes tipo 1 durante más de 12 meses, con un nivel de HbA1c medio en 12 meses inferiores o iguales al 8,5%.</p>	<p>La intervención no mejoró la HbA_{1c} a los 12 meses [0.11 efecto de la intervención; 95% intervalo de confianza (IC) a la -0.28 0,50; $p = 0,584$] o 24 meses (efecto de la intervención 0,03; IC del 95% -0.36 a la 0,41; $p = 0,891$).</p> <p>Los padres y los jóvenes mejoraron las relaciones familiares, el conocimiento y la comprensión, mayor confianza y motivación para controlar la diabetes.</p> <p>Veinticuatro meses después de la intervención, casi la mitad de los jóvenes informó que los grupos les han llevado a esforzarse más y que habían llevado a cabo lo tratado en las sesiones.</p>
--	---	--	--	---

<p>MEDLINE OVID ARTICULO D</p> <p>Short Report: Education and Psychological Issues Randomized trial of a diabetes self-management education and family teamwork intervention in adolescents with Type 1 diabetes.</p> <p><i>H. R. Murphy, C. Wadham , J. Hassler-Hurst , G. Rayman and T. C. Skinne. Short Report: Education and Psychological Issues</i> <i>Randomized trial of a diabetes self-management education and family teamwork intervention in adolescents with Type 1 diabetes.</i> <i>DiabeticMedicine. 2012 April;: p. 1-6.</i></p>	<p>Evaluar la efectividad de un programa de educación grupal centrado en la familia, en los adolescentes con diabetes tipo 1 en comparación a la atención clínica convencional.</p>	<p>Ensayo clínico experimental puro</p>	<p>Desde septiembre de 2007 a septiembre de 2009, 305 adolescentes con diabetes tipo 1, con edades comprendidas entre los 11 y 15 años, fueron reclutados de 10 clínicas de diabetes pediátrica del Reino Unido, para llevar a cabo el ensayo aleatorizado.</p>	<p>El resultado primario fue la HbA_{1c} a los 18 meses (12 meses después de la intervención). Los resultados secundarios fueron la HbA_{1c} a los 9 meses, los resultados psicosociales y de calidad de vida adolescente, el bienestar, la responsabilidad de la familia y los comportamientos de ajuste de la dosis de insulina a los 12 meses (6 meses después de la intervención) y los episodios de hipoglucemia grave y cetoacidosis diabética durante los 12 meses después de la intervención.</p> <p>No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sólo hubo diferencia significativa en la variable; ajuste de la insulina en el grupo intervención (P = 0,012)</p>
---	---	---	---	---

				Los resultados negativos los relacionan con la baja participación, por lo que la educación fue insuficiente.
<p>MEDLINE OVID</p> <p>ARTICULO E</p> <p>How effective is a short-term educational and support intervention for families of an adolescent with type 1 diabetes?.</p> <p>J Spec PediatrNurs [Internet]. 2011 [cited 2011 Oct];16(4):295-304. In: Ovid MEDLINE(R) [Internet].</p>	<p>Evaluar la eficacia de una intervención para las familias de los adolescentes con diabetes tipo 1, así como para evaluar cómo estas familias se adaptan y hacen frente a lo que viven con la enfermedad.</p>	<p>Cuasi-experimental.</p>	<p>La población de estudio estuvo compuesta por todas las familias de adolescentes islandeses con diabetes tipo 1, edades 13-18 de en el momento del estudio.</p>	<p>No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en la adaptación ni en las estrategias de afrontamiento de los padres.</p> <p>Aun así, sí que se encontró diferencias significativamente mayores por parte de las madres en afrontamiento social y en hacer frente, en busca de asesoramiento y apoyo de profesionales y otros padres en la misma situación.</p>

<p>COCHRANE PLUS ARTICULO F</p> <p>The science of intervention development for type 1 diabetes in childhood: a systematic review</p> <p><i>Savage E, Farrell D, McManus V, Grey M. The science of intervention development for type 1 diabetes in. Journal of Advanced Nursing. 2010;; p. 37.</i></p>	<p>Evaluar la ciencia del desarrollo de intervenciones en la DM en la infancia para examinar sus implicaciones para mejorar los resultados de salud en los niños, adolescentes y/o sus familias</p>	<p>Revisión Sistemática</p>	<p>Búsqueda de ensayos controlados aleatorizados publicados más de cinco años en bases de datos electrónicas (Medline, Cinahl, Cochrane Library, Psycinfo, ERIK)</p>	<p>Catorce ensayos controlados aleatorizados fueron revisados, siete de educación, cinco psicosociales y dos de intervenciones en terapia familiar.</p> <p>Las pruebas de la revisión indican que la educación ofrece menos posibilidades de mejorar los resultados de salud relacionados con la DM1, comparado con la terapia familiar o las intervenciones psicosociales.</p>
--	---	-----------------------------	--	---

7.5 Anexo V: Tabla de crítica de artículos con la parrilla Caspe

	ARTICULO A	ARTICULO B	ARTICULO C	ARTICULO D	ARTICULO E	ARTICULO F
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	SI	SI	SI	SI	SI	REVISION SISTEMATICA
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	SI	SI	SI	NO	SI	REVISION SISTEMATICA
3. ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?	SI	SI	SI	SI	NO	REVISION SISTEMATICA
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a clínicos pacientes y personal del estudio?	NO	NO	NO	NO	NO	REVISION SISTEMATICA
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	SI	SI	SI	SI	SI	REVISION SISTEMATICA
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	SI	SI	SI	SI	NO	REVISION SISTEMATICA
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	SI	SI	SI	SI	SI	REVISION SISTEMATICA

8. ¿Cuál es la precisión de este efecto? (IC)	NO SE	NO SE	95%	NO SE	NO SE	REVISION SISTEMATICA
9. ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	SI	SI	SI	SI	SI	REVISION SISTEMATICA
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	SI	SI	SI	SI	SI	REVISION SISTEMATICA
11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	<p>En relación al tema común de los artículos criticados, considero que el beneficio que se obtiene a largo plazo mediante la educación y con ella la disminución de las complicaciones futuras y los riesgos que conllevan, es inversamente proporcional al gasto sanitario. Es decir a mayor educación para la salud menor coste.</p> <p>En el estudio CASCADE la evaluación económica la comparan con la práctica actual. Asumen que la educación de la diabetes (educación dietética, ejercicio físico y apoyo psicológico) se da de forma irregular.</p> <p>La evaluación en relación coste-eficacia la centran en el éxito relativo en el control de HbA_{1c} (mediante la comparación de los niveles de HbA_{1c} en los grupos de intervención y control) y el impacto previsto sobre las complicaciones diabéticas en el tiempo.</p> <p>El modelo de evaluación económica considera que el coste-beneficio a largo plazo, se basa en que se retrasarán las consecuencias de las complicaciones microvasculares y macrovasculares.</p>					REVISION SISTEMATICA

7.6 **Anexo VI:** Tablas de Evaluación del Programa

7.6 .1 Criterios e indicadores para la evaluación del proceso(33)

DIMENSIÓN	CRITERIOS	INDICADORES
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se han realizado todas las actividades a lo largo del programa. ○ Llevadas a cabo de acuerdo a la metodología establecida. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inclusión, modificación o supresión de alguna actividad. ○ Indicador de metodología.
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Realizado en el tiempo previsto. ○ Desarrollado en el espacio planificado. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nº de sesiones y horas diseñadas y realizadas. ○ Nº espacios planificados y espacios utilizados. ○ Realización de las actividades en el tiempo previsto. ○ Disminución /aumento de la duración planificada para las actividades en las sesiones. ○ Puntualidad en el inicio y finalización de las actividades.
Funciones del personal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Llevan a cabo el EPS y responden según lo planificado. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nº de profesionales previstos y nº de agentes reales. ○ Cantidad de actividades planificadas para por los profesionales y el nº de actividades ejecutadas.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se han utilizado todos los recursos materiales previstos en la planificación y en el programa. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nº de recursos diseñados y cuántos se han usado.

7.6. 2 Criterios e indicadores para la evaluación del desarrollo(33)

DIMENSIÓN	CRITERIOS	INDICADORES
Binomio programa/ factor humano	<p>A.Motivación del programa.</p> <p>B. Participación</p> <p>C. Creación del clima</p>	<p>A. Los destinatarios muestran interés (formulan preguntas-cualidad).</p> <p>A. Realizan las actividades indicadas</p> <p>A. Opinión de los destinatarios.</p> <p>B. Nª de intervenciones positivas.</p> <p>B. Interacciones que se producen.</p> <p>B. Cantidad de usuarios que intervienen.</p> <p>C.Inexistencia de conflictos.</p> <p>C. Confianza con el orientador.</p> <p>C. Buena conducta y predisposición</p> <p>C. Receptividad de los sujetos.</p>
Evaluación y actuación del agente	<p>A. Actitud positiva y motivadora durante el programa.</p> <p>B. Adecuación técnica</p>	<p>A. Receptividad en las intervenciones.</p> <p>A. Facilitación de información.</p> <p>A. Establecimiento de un buen clima.</p> <p>A. Opinión de los destinatarios.</p> <p>A. Lenguaje adaptado a los sujetos.</p> <p>B. Preparación previa de las sesiones.</p> <p>B. Cumplimiento del horario.</p> <p>B. Ajuste a la metodología prefijada.</p>
Análisis técnico del programa	<p>A. Facilidad - Asequibilidad del programa.</p> <p>B. Adecuación y suficiencia de actividades.</p> <p>C. Adecuación y suficiencia de materiales</p>	<p>A. Grado de dificultad de las actividades</p> <p>A. Preguntas sobre lo que han de hacer.</p> <p>A. Opinión de los destinatarios.</p> <p>B. Realización o supresión de actividades.</p> <p>C. Supresión y/o inclusión de materiales.</p> <p>C. Adaptación de materiales.</p>

Análisis técnico del programa	D. Adecuación de la temporalización.	D. El nº de sesiones es suficiente para los contenidos, actividades y los objetivos.
--------------------------------------	--------------------------------------	--

7.6.3 Criterios e indicadores de la evaluación de la eficacia(33)

CUESTIONES	¿Se están consiguiendo los resultados esperados?
	¿Los resultados obtenidos son efecto del programa desarrollado o de otras variables o aspectos no contemplados?

7.7 Anexo VII: Hoja de inscripción y compromiso



HOJA DE INSCRIPCIÓN

Programa de Educación para la Salud dirigido a preadolescentes diagnosticados de Diabetes Mellitus Tipo 1 y a sus padres.

DATOS DEL ADULTO

Primer adulto

Nombre: Apellidos:

Segundo adulto

Nombre: Apellidos:

DATOS DEL MENOR

Nombre: Apellidos:

Edad:

Nosotros,, y nos comprometemos a acudir a este programa de educación de forma libre y voluntaria a de del 2016.

Firmas

Menor

Primer Adulto

Segundo Adulto

7.8 Anexo VIII: Escala de conocimientos en diabetes ECODI de Bueno y Col modificada.**1. La insulina es:**

- a) Un medicamento que siempre recibimos del exterior y sirve para bajar el azúcar (o glucosa) en la sangre.
- b) Una sustancia que eliminamos en la orina.
- c) Una sustancia que segregamos en el organismo (en el páncreas) para regular el azúcar (o glucosa) en la sangre.
- d) No sabe/no contesta.

2. Los niveles normales de azúcar [o glucosa] en sangre son:

- a) 30-180.
- b) 70-140.
- c) 120-170.
- d) No sabe/no contesta.

3. Si notas aumento de sed, orinar con más frecuencia, pérdida de peso, azúcar en la orina, pérdida de apetito..., ¿qué crees que ocurre?

- a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
- b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
- c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
- d) No sabe/no contesta.

4. Un alto nivel de azúcar (o glucosa] en sangre, también llamado hiperglucemia, puede producirse por:

- a) Demasiada insulina.
- b) Demasiada comida.
- c) Demasiado ejercicio.
- d) No sabe/no contesta.

5. Si notas sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos, palpitaciones..., ¿qué crees que ocurre?

- a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
- b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
- c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
- d) No sabe/no contesta.

6. Una reacción de hipoglucemia (bajo nivel de azúcar, o glucosa, en sangre), puede ser causada por:

- a) Demasiada insulina o antidiabéticos orales (pastillas).
- b) Poca insulina o antidiabéticos orales.
- c) Poco ejercicio.
- d) No sabe/no contesta.

7. ¿Cuántas comidas al día debe hacer un diabético?

- a) Tres: desayuno, comida y cena.
- b) Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
- c) Comer siempre que tenga hambre.
- d) No sabe/no contesta.

8. ¿Cuál de estos alimentos no debe comer un diabético?

- a) Carne y verduras.
- b) Refrescos y bollerías.
- c) Legumbres (p. ej.: lentejas) y pastas alimenticias (p. ej.: macarrones).
- d) No sabe/no contesta.

9. Una dieta con alto contenido en fibra vegetal puede:

- a) Ayudar a regular los niveles de azúcar en la sangre.
- b) Elevar los niveles de colesterol en la sangre.
- c) No satisfacer el apetito.
- d) No sabe/no contesta.

10. Una buena fuente de fibra es:

- a) Carne.
- b) Verdura.
- c) Yogurt.
- d) No sabe/no contesta.

11. Para conseguir un buen control de la diabetes, todos los diabéticos, en general, deben:

- a) Tomar antidiabéticos orales (pastillas).
- b) Seguir bien la dieta.
- c) Inyectarse insulina.
- d) No sabe/no contesta.

12. ¿Por qué es tan importante mantenerse en su peso ideal (no tener kilos de más)?

- a) Un peso adecuado facilita el control de la diabetes.
- b) El peso apropiado favorece la estética ("la buena figura").
- c) Porque podrá realizar mejor sus actividades diarias.
- d) No sabe/no contesta.

13. La actividad corporal, largos paseos, la bicicleta o la gimnasia para ti:

- a) Está prohibida.
- b) Es beneficiosa.
- c) No tiene importancia.
- d) No sabe/no contesta.

14. ¿Cuándo crees que debes hacer ejercicio?

- a) Los fines de semana o cuando tenga tiempo.
- b) Todos los días, de forma regular.
- c) Sólo cuando se salte la dieta o coma más de lo debido.
- d) No sabe/no contesta.

15. Con el ejercicio físico:

- a) Sube el azúcar (o glucosa) en sangre.
- b) Baja el azúcar (o glucosa) en sangre.
- c) No modifica el azúcar (o glucosa) en sangre.
- d) No sabe/no contesta.

16. El ejercicio es importante en la diabetes porque:

- a) Fortalece la musculatura.
- b) Ayuda a quemar calorías para mantener el peso ideal.
- c) Disminuye el efecto de la insulina.
- d) No sabe/no contesta.

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

- a) No olvidar el tratamiento, seguir bien la dieta y hacer ejercicio de forma regular.
- b) Tener siempre azúcar en la orina para evitar hipoglucemias.
- c) Tomar la misma cantidad de insulina o antidiabéticos orales (pastillas) todos los días.
- d) No sabe/no contesta.

18. En la orina aparece azúcar (o glucosa) cuando:

- a) El Azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado bajo.
- b) El azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado alto.
- c) La dosis de insulina o pastillas es demasiado grande.
- d) No sabe/no contesta.

19. ¿Por qué es tan importante saber analizarse la sangre después de obtenerla pinchándose un dedo?

- a) Porque sabrá el azúcar (o glucosa) que tiene en sangre en ese momento.
- b) Porque es más fácil que en la orina.
- c) Porque sabrá si es normal y así podrá comer más ese día.
- d) No sabe/no contesta.

REFERENCIA

Nieto LS. Educación Sanitaria en la Diabetes Mellitus tipo 1. 2014-2015.

Anexo IX: Tríptico/Poster

INFORMACIÓN

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDO A
PREADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS DE
DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y A SUS PADRES.

¿Estás diagnosticado de Diabetes Mellitus Tipo 1?

¿Tienes entre 10 y 15 años?

¿Tú o tus padres tenéis problemas en el buen control de la enfermedad?

¿Quieres vivir una experiencia inolvidable con chic@s con tu mismo problema?

¡¡NO ESPERES MÁS y apúntate con tus aitas!!!

SESIONES

SESION1: A PRESENTARSE!!

SESION 2: VAMOS A APRENDER!!

SESION 3: MASTER CHEF, A COINAR!!

SESION 4: TODOS JUNTOS!!

SESION 5: DESPEDIDA ON LINE!!

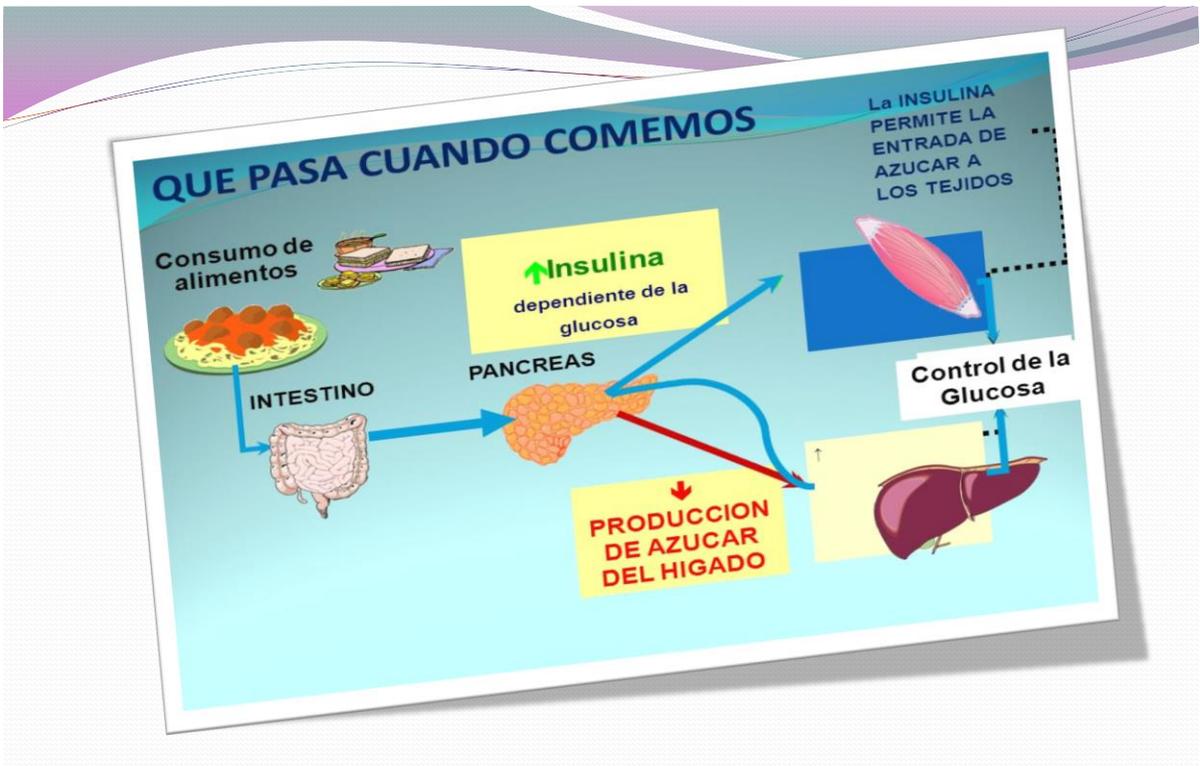
PIDE INFORMACIÓN A TU ENFERMERA EN CONSULTAS EXTERNAS DEL HUA!!

OBJETIVOS!

Meta: Favorecer la correcta adaptación, tanto a los preadolescentes diagnosticados de DM como a sus padres.

Objetivo General: Al finalizar el programa los participantes habrán adquirido la competencia para llevar a cabo la buena gestión de la enfermedad.

Anexo Xa: Actividad 1: ¿Te lo sabes?(ppt)



Funciones de la Insulina

Convierte los azúcares en glucógeno

Convierte los azúcares en grasas

Permite la utilización de la glucosa en el músculo

Disminuye el nivel de glucosa en sangre

LA INSULINA

FUNCIONES DE LA INSULINA

- ✓ Ayuda a que la glucosa pueda entrar a las células para producir energía.
- ✓ Ayuda a transformar la glucosa a glucógeno en el hígado
- ✓ Ayuda a convertir parte de la glucosa en grasa

¿ QUÉ ES LA LUNA DE MIEL?

- Suele ocurrir, pasadas semanas o meses después del diagnóstico.
- Puede durar semanas, meses, e incluso años.
- Las necesidades de Insulina baja mucho porque el páncreas recupera capacidad para producirla, hasta tal punto, que podemos tener buenas glucemias sin necesidad de inyectarnos.
- Sin embargo, se aconseja mantener la Insulina, aunque sea en una cantidad mínima, para prolongar este periodo.

¿Qué noto si tengo hiperglucemia/cetosis?

¿¿¿qué hariais???

Poliuria



Polidipsia



Polifagia



Pérdida de peso



Astenia



Boca seca, etc...

¿y si tengo hipoglucemia?

¿¿¿qué hariais???

Mareo



Palidez



Sudoración fría



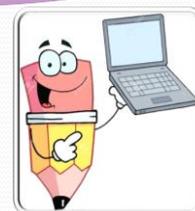
Visión doble



Confusión, hambre intensa, temblor, etc...

CONTROL DE LA GLUCEMIA

¿Mediante?



¿Qué niveles de glucemia hay que conseguir?

Glucemia antes de las comidas → 80-130 mg/dl.

Glucemia 2h posteriores al comienzo de la comida → 80-180 mg/dl.

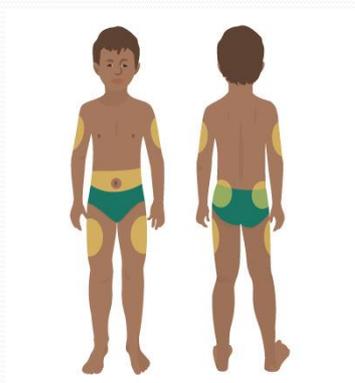
Glucemia a la hora de acostarse → 100-140 mg/dl.

SEIS PASOS EN LA REALIZACIÓN DE LA GLUCEMIA CAPILAR



ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA

¿dónde?



¿os sabéis los pasos?

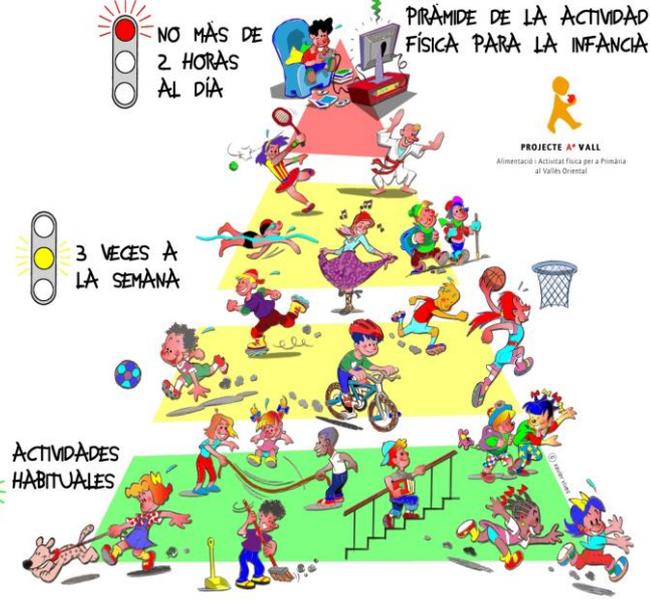




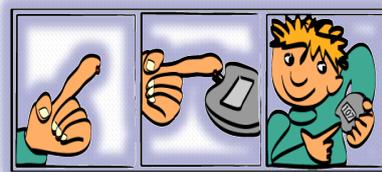
ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física es un modo de salud que favorece un correcto crecimiento / desenvolupament a la infància. En aquesta ocasió, col·labora el Equip Projecte A1 Vall.

Departament de Salut i Consumidors, Institut Català de la Salut, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut i Consumidors, Institut Català de la Salut, Generalitat de Catalunya.



ACTIVIDAD FÍSICA



Determinación de Glucemia Capilar (si es posible)

Ante los primeros síntomas de el BAJÓN

Suministrar 15 g de glucosa

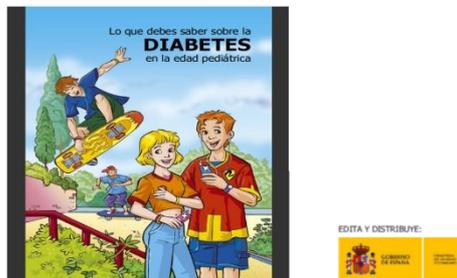
Esperar 15 min.

Si no ha mejorado la situación repetir la ingesta

"REGLA DEL 15": Administrar 15 g de glucosa (o equivalencia), reevaluar la glucemia capilar en 15 min., y si persiste < 70 mg/dl o no ha mejorado la situación, repetir la ingesta de 15 g de glucosa.

Anexo Xb: Actividad 1: Guía y libro.

- Entrega en PDF de la Guía para jóvenes y adultos con DM 1 y en tratamiento intensivo y libro: "Lo que debes saber sobre la Diabetes en la edad Pediátrica"



http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/guias/diabetes_tipo1_jovenes_adultos.pdf

<http://www.diabetes-cidi.org/es/diabetes-tipo-1/recursos/debes-saber-sobre-diabetes-edad-pediatica>

Anexo XIa: Actividad 2: ¿Lo comprobamos? (Problema)

PROBLEMA DE AJUSTE DE DOSIS DE INSULINA

PAUTA:

- Si la glucemia es menor de 70 disminuir 2 unidades.
- Si la glucemia es menor de 100 disminuir 1 unidad
- Si la glucemia es mayor de 120 añadir 1 unidad
- Si la glucemia es mayor de 150 añadir 2 unidades
- Si la glucemia es mayor de 200 añadir 3 unidades
- Si la glucemia es mayor de 250 añadir 4 unidades

1. Ekaitz se ha mirado la glucemia antes de comer y tiene 62mg/dL.

- A. ¿Debe añadir o disminuir las unidades de insulina rápida?
- B. ¿Cuántas?

2. Saioa se ha mirado la glucemia antes de cenar y tiene 247 mg/dL.

- A. ¿Debe añadir o disminuir las unidades de insulina rápida?
- B. ¿Cuántas?

Anexo Xlb: Actividad 2: ¿Lo comprobamos? (Teatro)**CASO 1**

Juantxo se encuentra con sus dos amigos en el parque, Aitor y June. Comienza a encontrarse algo mareado y sus amigos comienzan a verle un poco pálido.

Están a cinco minutos de la casa de Juantxo andado donde se encuentran sus padres. Aitor tiene móvil con saldo y June acaba de abrirse una coca cola.

CASO 2

Aintzane está sola en casa desde después de desayunar, por la mañana ha estado viendo una película comiendo bastantes golosinas. Al medio día piensa que si no se pone la insulina no pasará nada. Por la tarde llegan sus padres y le ven que bebe mucha agua y va mucho al baño a orinar.

CASO 3

Pablo decide empezar a correr todos los días para ponerse guapo para el verano. Cree que la mejor hora es a las 19.00 ya que no hace calor y ya tiene las tareas hechas. Normalmente merienda una pieza de fruta y dos galletas.

Anexo XII: Actividad 3: ¡A organizarse!

1. REALIZACION DE TABLA PERSONALIZADA

DATOS PERSONALES	FOTO
NOMBRE:	
APELLIDOS:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
DIRECCION:	
TELEFONO:	
FECHA DE COMIENZO DE LA DIABETES:	
TELEFONO DE CONTACTO:	
TELEFONO Y DIRECCION DE CENTRO DE SALUD:	
TELEFONO Y DIRECCION DE SERVICIO DE URGENCIAS:	

2. REALIZACION DE TABLA PERSONALIZADA DE LA PAUTA DE INSULINA

3. TABLA DE DOSIS DE INSULINA

LUNES		HORA	UNIDADES DE INSULINA	
			LENTA	RAPIDA
DIA: MES:	MAÑANA			
	MEDIA MAÑANA			
	MEDIO DIA			
	MERIENDA			
	CENA			
MARTES		HORA	UNIDADES DE INSULINA	
			LENTA	RAPIDA
DIA: MES:	MAÑANA			
	MEDIA MAÑANA			
	MEDIO DIA			
	MERIENDA			
	CENA			
MIERCOLES		HORA	UNIDADES DE INSULINA	
			LENTA	RAPIDA
DIA: MES:	MAÑANA			
	MEDIA MAÑANA			
	MEDIO DIA			
	MERIENDA			
	CENA			

		HORA	UNIDADES DE INSULINA	
			LENTA	RAPIDA
JUEVES				
	MAÑANA			
	DIA:	MEDIA MAÑANA		
	MES:	MEDIO DIA		
		MERIENDA		
		CENA		
		HORA	UNIDADES DE INSULINA	
			LENTA	RAPIDA
VIERNES				
	MAÑANA			
	DIA:	MEDIA MAÑANA		
	MES:	MEDIO DIA		
		MERIENDA		
		CENA		
		HORA	UNIDADES DE INSULINA	
			LENTA	RAPIDA
SABADO				
	MAÑANA			
	DIA:	MEDIA MAÑANA		
	MES:	MEDIO DIA		
		MERIENDA		
		CENA		
		HORA	UNIDADES DE INSULINA	
			LENTA	RAPIDA
DOMINGO				
	MAÑANA			
	DIA:	MEDIA MAÑANA		
	MES:	MEDIO DIA		
		MERIENDA		
		CENA		

4. COMIDAS (Realizar la misma tabla en todas las comidas adaptándolas al nº de platos de cada una).

MES:					
SEMANA Nº	PLATOS	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
LUNES	1º PLATO				
	2º PLATO				
	POSTRE				
	TOTAL RACIONES				
MARTES	1º PLATO				
	2º PLATO				
	POSTRE				
	TOTAL RACIONES				
MIERCOLES	1º PLATO				
	2º PLATO				
	POSTRE				
	TOTAL RACIONES				
JUEVES	1º PLATO				
	2º PLATO				
	POSTRE				
	TOTAL RACIONES				
VIERNES	1º PLATO				
	2º PLATO				
	POSTRE				
	TOTAL RACIONES				
SABADO	1º PLATO				
	2º PLATO				
	POSTRE				
	TOTAL RACIONES				
DOMINGO	1º PLATO				
	2º PLATO				
	POSTRE				
	TOTAL RACIONES				

5. TABLA PARA HIPOGLUCEMIA

	VALOR DE LA GLUCEMIA PRE	QUE ME HE TOMADO PARA SOLUCIONARLO	VALOR DE LA GLUCEMIA POST	¿QUÉ ESTABA HACIENDO?	SIGNOS Y SÍNTOMAS
DIA					
DIA					
DIA					

6. TABLA PARA HIPERGLUCEMIA/CETOSIS

	VALOR DE LA GLUCEMIA PRE	QUE ME HE HECHO PARA SOLUCIONARLO	VALOR DE LA GLUCEMIA POST	¿QUÉ ESTABA HACIENDO?	SIGNOS Y SÍNTOMAS	¿PRESENCIA DE CUERPOS CETONICOS?
DIA						
DIA						
DIA						

7. TABALA PARA ACTIVIDAD FÍSICA

	VALOR GLUCE MIA PRE- ACTIV	INGESTA PRE- ACTIV	TIEMPO DE ACTIV	TIPO DE ACTIV	VALOR GLUCEMIA POST- ACTIV	INGESTA POST- ACTIV
LUNES DIA						
MARTES DIA						
MIERCOLES DIA						
JUEVES DIA						
VIERNES DIA						
SABADO DIA						
DOMINGO DIA						

ANEXO XIII: Actividad 4: ¿Cómo nos premiamos?

DIA DE LA SEMANA	L		M		X		J		V		S		D	
SI / NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
HE HECHO LA GLUCEMIA CAPILAR A PRIMERA HORA DE LA MAÑANA														
HE HECHO GLUCEMIA CAPILAR AL MEDIO DÍA														
HE HECHO YO GLUCEMIA CAPILAR A LA NOCHE														
ME HE ADMINISTRADO INSULINA POR LA MAÑANA														
ME HE ADMINISTRADO LA INSULINA AL MEDIO DIA														
ME HE ADMINISTRADO LA INSULINA POR LA NOCHE														
ME HE REALIZAO LA GULCEMIA Y HE ADMINISTRADO LA INSULINA CORRECTORA														

SI



NO



Escribir las condiciones en relación de los castigos y recompensas pactadas en familia. La autonomía a la hora de la realización de las actividades se adaptará a la edad y la capacidad individual.

Ejemplo de condiciones:

En caso de siete fichas rojas en un día, al día siguiente no habrá tiempo de ocio (consola, bici...)

En caso de siete fichas verdes en un día, al día siguiente se aumentará 15 minutos el tiempo libre (actividad que elige el preadolescente)

Si en una semana se consigue que todas las fichas sean verdes, el sábado siguiente podrá llegar 50 minutos más tarde a casa.

En caso de que en una semana sean todas las fichas rojas, la semana que viene llegará 50 minutos antes a casa.

Cuando se presente una tabla con fichas de los dos colores en una semana, se contarán las de cada color. Cada una suma o resta 1min de tiempo de salida el sábado.

En total debe de haber 49 fichas.

- 35 verdes: $35 \times 1 = 35$ minutos extras.
- 14 rojas: $14 \times 1 = 14$ minutos penalizados.

De los 35 minutos conseguidos se le penalizarían 14.

CONSEGUIDO: 21 MINUTOS EXTRAS.

Anexo XIV: Actividad 3: Dieta por raciones (PPT)

DIETA POR RACIONES

- El incremento de la glucemia después de las comidas depende sobre todo de la cantidad de hidratos de carbono ingeridos.
- Para tener un mejor control glucémico, es importante aprender a cuantificar el contenido en CH de los distintos alimentos.
- El sistema de intercambios o raciones de 10 gr de HC, consiste en dividir los alimentos en porciones que aporten 10g de hidratos de carbono.
- Para ello, existen distintas tablas de raciones o intercambios de CH donde se nos señala qué cantidad de alimento equivale a 10 g de CH.

DIETA POR RACIONES

- Es importante pactar un número de raciones de CH en nuestro plan de alimentación y repartirlos en las comidas (3 o 4, dependiendo de nuestras costumbres, tratamiento etc.).
- !! 1 ración = la cantidad de alimento que contienen 10 g de CH, de proteínas o de grasas iii.
- Ejemplo de reparto de CH en una dieta de 2000Kcal:

	LACTEOS	VERDURAS	HARINAS	FRUTAS
DESAYUNO	1RACION		2RACIONES	2RACIONES
COMIDA		1RACION	6RACIONES	2RACIONES
CENA		1RACION	6RACIONES	2RACIONES

Anexo XV: Actividad 3: Dieta por raciones (Fichas)



1. LOMO DE RAPE ASADO CON PIMIENTA ROSA Y LIMA



Inf. nutricional	Por persona	Inf. nutricional	Por persona
Energía (Kcal.)	246	Grasas (g.)	11,4
Hidratos de carbono (g.)	0,2	Saturadas (g.)	1,6
Raciones Hidratos de carbono	0	Monoinsaturadas (g.)	7,6
Proteínas (g.)	35,7	Poliinsaturadas (g.)	1,3
Fibra (g.)	0,5	Colesterol (mg.)	37,4
Sodio (mg.)	112,3	Valores calculados sin sal añadida	

2. TORTILLA DE TRES PISOS



Info. nutricional	Por persona	Info. nutricional	Por persona
Energía (Kcal.)	638	Grasas (g.)	31,6
Hidratos de carbono (g.)	47,1	Saturadas (g.)	7,1
Raciones Hidratos de carbono	4,5	Monoinsaturadas (g.)	10,4
Proteínas (g.)	41,3	Poliinsaturadas (g.)	9,5
Fibra (g.)	7,9	Colesterol (mg.)	637,3
Sodio (mg.)	1497,6	Valores calculados sin sal añadida	

3. ESPINACAS GRATINADAS



Inf. nutricional	Por persona	Inf. nutricional	Por persona
Energía (Kcal.)	282	Grasas (g.)	24,6
Hidratos de carbono (g.)	3,1	Saturadas (g.)	14,2
Raciones Hidratos de carbono	0,5	Monoinsaturadas (g.)	7
Proteínas (g.)	12,3	Poliinsaturadas (g.)	1,6
Fibra (g.)	6,5	Colesterol (mg.)	131,7
Sodio (mg.)	296,2	Valores calculados sin sal añadida	

4. 'PIZZA' DE ATÚN CON VEGETALES



Inf. nutricional	Por persona	Inf. nutricional	Por persona
Energía (Kcal.)	287	Grasas (g.)	10,6
Hidratos de carbono (g.)	26,1	Saturadas (g.)	4,3
Raciones Hidratos de carbono	2,5	Monoinsaturadas (g.)	3,3
Proteínas (g.)	21,9	Poliinsaturadas (g.)	2,3
Fibra (g.)	3,1	Colesterol (mg.)	42,2
Sodio (mg.)	706,2	Valores calculados sin sal añadida	

5. ENSALADA DE NUECES Y QUESO



Inf. nutricional	Por persona	Inf. nutricional	Por persona
Energía (Kcal.)	390	Grasas (g.)	38,1
Hidratos de carbono (g.)	1,3	Saturadas (g.)	10,5
Raciones Hidratos de carbono	0	Monoinsaturadas (g.)	8,3
Proteínas (g.)	10	Poliinsaturadas (g.)	17,3
Fibra (g.)	1,7	Colesterol (mg.)	34,2
Sodio (mg.)	503,4	Valores calculados sin sal añadida	

6. 'MOUSSE' DE QUESO CREMOSO CON MERMELADA DE FRESA Y UVAS



Inf. nutricional	Por persona	Inf. nutricional	Por persona
Energía (Kcal.)	304	Grasas (g.)	14,3
Hidratos de carbono (g.)	26,8	Saturadas (g.)	6,3
Raciones Hidratos de carbono	2,5	Monoinsaturadas (g.)	5,4
Proteínas (g.)	17,1	Poliinsaturadas (g.)	1,7
Fibra (g.)	2,3	Colesterol (mg.)	28
Sodio (mg.)	839,4	Valores calculados sin sal añadida	



!!!BIEN HECHO CHICOS!!!!

Anexo XVI: Actividad 3: Dieta por raciones (Tablas)



TABLA DE RACIONES DE HIDRATOS DE CARBONO

LÁCTEOS

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACIÓN DE HC (%)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.g.
Cuajada	200	Unidad (125ml)	0,8	35
Flan	50	Unidad (125g)	2,5	
Helado de crema	50	Bola mediana (100g)	2	60
		Tarina individual (150ml)	3	
Helado de hielo	50	Unidad (100ml)	2	65
Helado sin azúcar añadido	100	Unidad (100ml)	1	35
Kéfir	200	Unidad (125ml)	0,5	35
Leche desnatada	200	Vaso o taza (200ml)	1	30
Leche semidesnat.	200	Vaso o taza (200ml)	1	30
Leche entera	200	Vaso o taza (200ml)	1	30
Leche condensada	20	Cucharada sopera (20g)	1	
Leche en polvo	25	Cucharada sopera colmada (25g)	1	30
Nata líquida	300	Botellín o brick (200ml)	0,7	0
Natillas	50	Unidad (125ml)	2,5	
Petit suisse	70	Unidad (55g)	0,8	40
Queso fresco	250	Tarina individual (70g)	0,3	35
Quesos de pasta semis o curados	No valorate			0
Yogur natural entero o desnat.	200	Unidad (125ml)	0,5	35
Yogur desnat. sabores o fruta	125	Unidad (125ml)	1	35
Yogur entero, sabores o fruta	70	Unidad (125ml)	1,5	35
Yogur líquido	70	Unidad (200ml)	3	40
Yogur tipo Actimel	100	Unidad (94ml)	1	35
Yogur tipo Actimel 0%	200	Unidad (94ml)	0,5	35



CEREALES Y DERIVADOS, HARINAS, LEGUMBRES Y TUBÉRCULOS



ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACIÓN DE HC (%)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.g.
Arroz, crudo	13			
Arroz, cocido	38	Plato grande (230g)	6	70
		Plato mediano (150g)	4	
		Guarnic. (75g)	2	
		Arroz integral, crudo	13	
Arroz integral, cocido	40	Plato grande (240g)	6	50
		Plato mediano (160g)	4	
		Guarnición (80g)	2	
		Arroz hinchado para desayuno	12	
Arroz salvaje, crudo	13			
Arroz salvaje, cocido	34			35
Avena, crudo	17			
Avena, cocido	34			40
Avena copos	15			40
Boniato	50	Pequeño (80g)	1,6	60
		Mediano (160g)	3,2	
		Grande (320g)	6,4	
Cebada, crudo	14			
Cebada, cocido	42			45
Centeno, crudo	15			
Centeno, cocido	38			45
Cereales desayuno	15			77
Cereales desay., ricos en fibra tipo All-bran, óptima	20			60

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACIÓN DE HC (%)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.g.
Cuscús, crudo	15			
Cuscús, cocido	65			65
Fideos de arroz, tipo Udon, cocido	50			50
Fideos de soja, cocido	40			
Galleta tipo Digestiva	16	Unidad (11g)	0,7	65
Galleta tipo María	15	Unidad (7g)	0,4	70
Galleta tipo Principe	14	Unidad (15g)	1	70
Galleta Sin Azúcar	18	Unidad (7g)	0,3	50
Garbanzo, crudo	20			
Garbanzo, cocido	50	Plato grande (300g)	6	35
		Plato mediano (200g)	4	
		Guarnición (100g)	2	
Guisantes congelados, frescos, de lata	100	Plato grande (600g)	6	35
		Plato mediano (400g)	4	
		Guarnición (200g)	2	
Harina de trigo o maíz	15	Cucharada sopera rasa (14g)	1	78
Harina de centeno	17	Cucharada sopera rasa (14g)	0,8	45
Harina de soja	70	Cucharada sopera rasa (14g)	0,2	25
Hojaldre crudo	30			
Hojaldre homeado	24			
Judías blancas, crudo	20			

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACIÓN DE HC (%)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.g.
Judías blancas, cocido	50	Plato grande (300g)	6	35
		Plato mediano (200g)	4	
		Guarnición (100g)	2	
Lentejas, crudo	20			
Lentejas, cocido	50	Plato grande (300g)	6	35
		Plato mediano (200g)	4	
		Guarnición (100g)	2	
Maíz en lata	50	Lata pequeña (150g)	3	65
Maíz en lata sin azúcar añadido	90	Lata pequeña (150g)	1,5	
Maíz tostado (quicos)	20	Bolsa pequeña (40g)	2	
Mijo, crudo	15			
Mijo, cocido	53			70
Muesli	15			65
Pan blanco o integral	20	Barra de 1/4, unos 3 cm (20g)	1	70
		Barra de 1/4 entera (180g)	9	
		Panelillo restaurant. (60g)	3	
Pan de centeno	20			65
Pan de molde	20	Rebanada (25g)	1,2	85
Pan de hamburguesa o Frankfurt	18	Unidad (80g)	4,5	85
		Unidad pequeña (55g)	3	
Pan de trigo integral	23			40
Pan rallado	15	Cucharada sopera colmada (23g)	1,5	70



TABLA DE RACIONES DE HIDRATOS DE CARBONO

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACION DE HC (?)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.e.
Pan tostado o biscote	15	Unidad (10g)	0,6	70
		Unidad mini (3,3g)	0,25	
		Tostada canapé (2g)	0,15	
		Krispoll (12,5g)	0,8	
Pan en bastoncillos	15	3 unidades (15g)	1	70
Pasta alimenticia, crudo	15			
Pasta alimenticia, cocido	50	Plato grande (300g)	6	50
		Plato mediano (200g)	4	
		Guarnición (100g)	2	
Pasta el huevo, crudo	16			
Patata cocida, hervida	50	Plato grande (300g)	6	65
		Plato mediano (200g)	4	
		Guarnición (100g)	2	
Patata, horno o asada	35			
Patatas fritas	30	Guarnición (60g)	2	70
		Porción hamburguesería (120g)	4	
Patatas chips	20	Bolsa pequeña (30g)	1,5	66
Puré de patatas, copos	15			90
Puré de patatas, elabor. con leche	80			90
Quinoa, crudo	19			
Quinoa, cocido	48			35
Sémola de trigo, crudo	14			
Sémola de trigo, cocido	90			67

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACION DE HC (?)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.e.
Soja seca, crudo	30			
Soja seca, hervido	100			15
Sushi	45	Pieza pequeña (20g)	0,5	42
		Pieza grande (40g)	0,9	
Tapioca, crudo	12			
Tapioca, cocido	33			84
Trigo sarraceno, crudo	14			
Trigo sarraceno, cocido	42			40
Trigo tierno, crudo	16			
Trigo tierno, cocido	39			
Yuca, cocido	33			55

FRUTAS

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACION DE HC (?)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.e.
Aguaate	Libre			10
Albaricoque	150	Unidad mediana (50g)	0,3	30
Arándano	100	Puñado, con mano cerrada (20g)	0,25	25
Castaña cruda	30	Unidad (10g)	0,3	65
Castaña tostada	25	Unidad (3g)	0,3	65
Cereza	100	12 unidad. (100g)	1	25
Chirimoya	50	Unidad mediana (200g)	4	35
Ciruela	100	2 unidades (100g)	1	35

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACION DE HC (?)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.e.
Coco fresco	30	Tajada mediana (35g)	1	45
Coco seco	18	Cucharada colmada (20g)	1	45
Dátil	15	Unidad (12g)	0,7	70
Frambuesa	150	Puñado, con mano cerrada (20g)	0,2	25
Fresones	200	6 unidades grandes (200g)	1	25
Granada	70	Unidad mediana (175g)	2,5	35
Grosella	200	Puñado, con mano cerrada (20g)	0,1	25
Grosella negra	140	Puñado, con mano cerrada (20g)	0,2	15
Higos	100	Unidad mediana (50g)	0,5	35
Kiwi	100	Unidad mediana (100g)	1	50
Limón	No valorable			
Litchi	70	6 unidades (70g)	1	50
Mandarina	100	Unidad mediana (100g)	1	30
Mango	100	Unidad mediana (200g)	2	50
Manzana	100	Unidad mediana (200g)	2	35
Manzana asada	50	Unidad mediana (120g)	2,5	35
Melocotón	100	Unidad mediana (200g)	2	35
Melocotón en conserva	50	Una mitad (50g)	1	35
Melón	200	Una tajada mediana (200g)	1	60

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACION DE HC (?)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.e.
Membrillo	150	Unidad mediana (350g)	2,5	35
Membrillo, dulce de	20			65
Moras	150	Puñado, con mano cerrada (20g)	0,15	25
Naranja	100	Unidad mediana (200g)	2	35
Nectarina	100	Unidad mediana (100g)	1	35
Nispero	100	Unidad mediana (23g)	0,3	55
Pera	100	Unidad mediana (200g)	2	30
Papaya	125	Una tajada (250g)	2	55
Paraguay	100	Unidad mediana (100g)	1	35
Piña	100	2 rodajas (100g)	1	45
Piña en conserva	85	2 rodajas (100g)	1,2	
Piña en su jugo	60	2 rodajas (100g)	1,6	50
Plátano	50	Unidad pequeña (100g)	2	50
Sandía	200	Una tajada grande (200g)	1	75
Uva	50	12 unidad. (100g)	2	45

HORTALIZAS

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACION DE HC (?)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.e.
Acelga	300	Plato grande (250g)	0,8	15
Ajo	40	3 dientes (10g)	0,25	30
Alcachofa	300	Plato grande (150g)	0,5	20

TABLA DE RACIONES DE HIDRATOS DE CARBONO

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACION DE HC (?)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.e.
Apio	300			15
Apio-nabo	500	Guarnición (125g)	0,25	
Berenjena	300	Unidad grande (300g)	1	20
Berro	No valorable			15
Berza	No valorable			15
Borrajá	No valorable			15
Brócoli	300	Plato grande (300g)	1	15
Calabacín	300	Unidad grande (300g)	1	15
Calabaza	200			75
Cardo	300			15
Cebolla	150	Unidad mediana (150g)	1	15
Cebolla frita en aros	100			
Champiñón	No valorable			15
Col ácida	No valorable			15
Col Bruselas, Coliflor	300	Plato grande (300g)	1	15
Escarola	No valorable			15
Endibia	300	Unidad (100g)	0,3	15
Espárrago blanco en conserva	No valorable			15
Espárrago verde	No valorable			15
Espinaca	No valorable			15
Grelos	No valorable			15
Judía verde	250	Plato grande (250g)	1	30
Lechuga	300	Ración individual (75g)	0,25	15
Lombarda	No valorable			15

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACION DE HC (?)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.e.
Nabo	300	Unidad (100g)	0,3	30
Palmitos	200	Unidad (25g)	0,1	20
Pepino	300	Unidad mediana (150g)	0,5	15
Pimiento rojo/verde	300	Unidad mediana (150g)	0,5	15
Puerro	300	Unidad mediana (75g)	0,25	15
Rábano	300	5 unidades medianas (150g)	0,3	15
Remolacha	150	Unidad (100g)		30
Repollo	300	Guarnición (125g)	0,4	15
Ruibarbo	No valorable			15
Setas	300	Plato grande (200g)	0,7	15
Soja en brotes	300			15
Tomate	300	Unidad mediana (150g)	0,5	30
Zanahoria	150	Unidad mediana (75g)	0,3	30
Zanahoria hervida	200	Unidad mediana (75g)	0,5	85
Zanahoria en conserva	225			

FRUTA GRASA Y SECA

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACION DE HC (?)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.e.
Acelluna	250	Una tapa (12 unidad o 30g)	0	15
Albaricoque seco	15	Unidad (5g)	0,3	35
Almendra	150	Puñado, con mano cerrada (20g)	0,1	15
Almendra tostada	140	Puñado, con mano cerrada (20g)	0,1	15

BEBIDAS

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACION DE HC (?)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.e.
Avellana	150	Puñado, con mano cerrada (20g)	0,1	15
Cacahuete	100	Puñado, con mano cerrada (20g)	0,2	15
Ciruela pasa	15	Unidad (6g)	0,5	40
Dátil seco	15	Unidad (19g)	0,7	70
Higo seco	15	Unidad (8g)	0,5	40
Nuez	300	Puñado, con mano cerrada (20g)	0	15
Piñón	300	Puñado, con mano cerrada (20g)	0	15
Pipas	80	Puñado, con mano cerrada (15g)	0,2	35
Pistacho	80	Puñado, con mano cerrada (20g)	0,2	15
Sésamo	100	Cucharada sopera rasa (12g)	0,1	
Uva pasa	15	Puñado, con mano cerrada (20g)	1,25	65

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACION DE HC (?)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	i.e.
Bebida refrescante tipo cola o sabores light o sin azúcar	No valorable			0
Bebida de cacao	100	Vaso o brick de 200cc	2	
Bebida de soja	250	Vaso o brick de 200cc	0,8	30
Bebida energética	80	Lata de 250cc	3	70
Bitter	100	Vaso o botellín de 200cc	2	70
Cava brut	No valorable			0
Cava seco o semisecco	250	Copa (100cc)	0,4	0
Cerveza	250	Vaso o caña de (200cc)	0,8	110
		Tercio o mediana (330cc)	1,3	
		Jarra (500cc)	2	
Cerveza light	300	Vaso o caña de (200cc)	0,7	
		Tercio o mediana (330cc)	1,1	
Cerveza sin alcohol	250	Jarra (500cc)	1,7	110
		Vaso o caña de (200cc)	0,8	
		Tercio o mediana (330cc)	1,3	
Destilados (ginebra, whisky, ron, vodka)	No valorable			0
Gaseosa	No valorable			0
Horchata	75	Un vaso (200cc)	2,6	
Horchata light	300	Un vaso (200cc)	0,7	
Licor de melocotón o merizana	30	Un chupito (30cc)	1	

TABLA DE RACIONES DE HIDRATOS DE CARBONO



ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACIÓN DE HC (*)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	I.G.
Mosto	70	Una copa (100cc)	1,4	
Sangría	100	Un vaso (200cc)	2	
Sidra	200	Una copa (100cc)	0,5	0
Tónica	100	Un vaso o botellín (200cc)	2	70
Vermut	75	Una copa (100cc)	1,3	
Vino blanco o tinto	No valorable			0
Vino dulce	75	Un chupillo (30cc)	0,4	
Zumo de fruta comercial	100	Un vaso o brick (200cc)	2	60
Zumo de fruta natural o "sin azúcar añadido"	250	Un vaso o brick (200cc)	0,8	45

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACIÓN DE HC (*)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	I.G.
Bollería, en general	20			70
Cruasán	20	Unidad (60g)	3	70
Cacao en polvo	12	Cucharada postre (8g) Cucharada sopera (20g)	0,7 1,7	
Cacao en polvo sin azúcar	22	Cucharada postre (8g) Cucharada sopera (20g)	0,4 0,9	
Calamares a la romana	120	4 unidades	1	
Canelones con bechamel	100	3 unidades (250g)	2,5	
Caramelo	12	Unidad (5g)	0,4	70
Chocolate blanco o con leche	17	Pastilla (8g) Tableta individual (30g)	0,5 1,7	70
Chocolate negro	25	Pastilla (8g) Tableta individual (30g)	0,3 1,2	20
Churros	25	2 unidades (25g)	1	
Crema de cacao	25	Cucharada sopera colmada (25g)	1	55
Crema de cacahuete	100	Cucharada sopera colmada (20g)	0,2	40
Crema pastelera	40	Cucharada sopera colmada (20g)	0,5	
Croquetas	50	3 unidades (50g)	1,8	
Donut	23	Unidad (55g)	2,5	75
Empanadilla de carne	50	2 unidades (50g)	1,6	
Ensalmada	23	Unidad (70g)	3	
Fructosa (edulcorante)	10	Cucharada sopera (20g)	2	20

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACIÓN DE HC (*)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	I.G.
Gazpacho comercial	150	Vaso (200cc)	1,3	
Gelatina comercial	62	Unidad (125cc)	2	
Glucoosa (líquida o en pastillas)	10	Pastilla pequeña (2,5g) Pastilla normal (5g) Gel deport (40g)	0,25 0,5 2,5	100
Golosinas	18			70
Ketchup	50	Sobre (9g)	0,2	55
Lasaña	100	Plato restaurant. (260g)	2,7	
Levadura	130			
Magdalena	25	Unidad (50g)	2	
Mazapán	25	Unidad (35g)	1,4	
Merengue	11			
Mermelada	20	Cucharada sopera (25g)	1,25	65
Mermelada light	Ver etiqueta			30
Miel	13	Cucharada sopera (18g)	1,3	85
Mostaza	No valorable			
Palomitas	20			85
Pastel de chocolate	25	Porción (100g)	4	
Pastel de crema	35	Porción (100g)	2,8	
Pepinillos en vinagre	No valorable			
Pizza	40	Triángulo (100g o 1/4 parte de pizza) Media pizza (200g) Pizza individual (400g)	2,5 5 10	45

ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACIÓN DE HC (*)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	I.G.
Regaliz	15	Unidad (3g)	0,5	
Salsa barbacoa	100	3 cuchar. soperas (50g)	0,5	
Salsa bechamel	100	3 cuchar. soperas (50g)	0,5	
Salsa boloñesa	150	5 cuchar. soperas (75g)	0,5	
Salsa carbonara	No valorable			0
Salsa de tomate comercial	100	3 cuchar. soperas (50g)	0,5	
Salsa de soja	No valorable			0
Sucedáneo de café, tipo EKO	No valorable			
Surimi (palitos de cangrejo)	100	Barrita (20g)	0,2	
Tarta de manzana	25	Porción (100g)	4	
Tofo	No valorable			
Tortilla de patatas	120	Tapa (100g)	1	
Tunón tipo Alicante	25	1/6 tableta (50g)	2	
Tunón tipo Jijona	25	1/6 tableta (50g)	2	
Vinagre	No valorable			
Vinagre tipo Módena (caramelizado)	15	Cucharada sopera (15g)	1	

OTROS



ALIMENTO	GRAMOS EN UNA RACIÓN DE HC (*)	MEDIDA HABITUAL DE CONSUMO	RACIONES DE HC EN MEDIDA HABITUAL	I.G.
Azúcar blanco	10	Cucharada postre (8g) Cucharada sopera (20g) Sobre (8g)	0,8 2 0,8	70
Azúcar moreno	10	Cucharada postre (8g) Cucharada sopera (20g) Sobre (8g)	0,8 2 0,8	70
Barrita energética (de cereales)	20	Unidad (25g)	1,25	70
Bizcocho o melindro	20	Unidad comercial individual (25g)	1,25	65

(*) CANTIDAD DE ALIMENTO (GRAMOS) QUE CONTIENE 1 RACIÓN DE HIDRATOS DE CARBONO (HC)

10 GRAMOS DE HIDRATOS DE CARBONO (HC) = 1 RACIÓN DE HC

I.G. = Índice glucémico de cada alimento
 - **ROJO:** Superior (70 o más)
 - **NARANJA:** Intermedio (55-69)
 - **VERDE:** Bajo (55 o menos)
 Los alimentos que en la tabla aparecen sin ningún valor en la casilla de I.G. es porque se desconoce la información de ese alimento en cuestión.

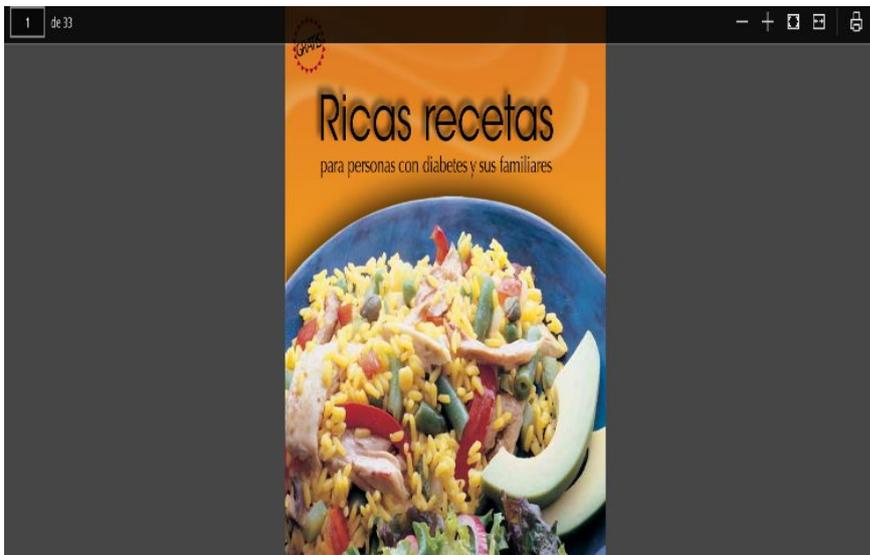
TABLA PARA LOS MÁS JÓVENES

raciones

-  1 Puño = 1 taza
Su puño = 2 raciones de pasta ó harina
-  Pulgar = 30 gramos
Su pulgar = 1 ración de queso
-  Puñado = 30-60 gramos
Un puñado = 30 gramos de frutos secos o galletas saladas
-  Palma = 90-100 gramos
Su palma = 1 ración de carne o pescado
-  Punta del pulgar = 1 cuchara pequeña
La punta de su pulgar = 1 cuchara pequeña de margarina o mantequilla

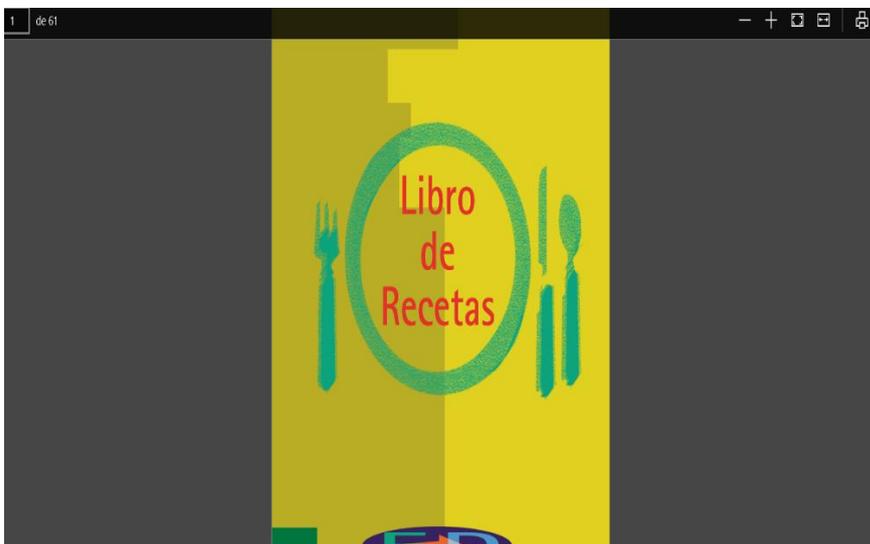
Anexo XVII: Ricas recetas para personas con DM y sus familiares

<http://www.cdc.gov/diabetes/ndep/pdfs/55-ricas-recetas-508.pdf>



Anexo XVIII: 10 Menús diferentes

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/diabetes/libro_recetas.pdf



Anexo IX: Platos desarrollados realizados en la sesión➤ **LOMO DE RAPE ASADO CON PIMIENTA ROSA Y LIMA**

Ración: 2 Personas

Tiempo: De 20 a 30 minutos

Dificultad: Fácil

Cómo se elabora:

-Se cortan las colas en dos grande trozos, salamos, untamos de aceite de oliva, espolvoreamos con pimienta rosa y ralladura de lima y marinamos durante 4 horas.

-En una sartén con un poco de aceite de oliva asamos por fuera los lomos de rape para a continuación terminar su cocinado en el horno a 200° C durante 15 minutos.

-Por otra parte se saltean las setas con un poco de ajo, aceite y sal.

- Se sirve el rape con sus propios jugos del asado y como acompañamiento las setas salteadas.

Ingredientes:

-1 rape de 1/2 kilo.

-Unos granos de pimienta rosa.

- 1/2 lima.

- 50 gramos de shitakes osetas silvestres.

- 1/2 diente de ajo.

- 2 cucharadas de aceite de oliva.

- Sal

Inf. nutricional	Por persona	Inf. nutricional	Por persona
Energía (Kcal.)	246	Grasas (g.)	11,4
Hidratos de carbono (g.)	0,2	Saturadas (g.)	1,6
Raciones Hidratos de carbono 0		Monoinsaturadas (g.)	7,6
Proteínas (g.)	35,7	Poliinsaturadas (g.)	1,3
Fibra (g.)	0,5	Colesterol (mg.)	37,4
Sodio (mg.)	112,3	<i>Valores calculados sin sal añadida</i>	

➤ **TORTILLA DE TRES PISOS**

Ración: 2 Personas

Tiempo: De 30 a 40 minutos

Dificultad: Fácil

Cómo se elabora:

- Se pelan las patatas, se cortan en rodajitas finas y se freímos en una sartén con abundante aceite y un poco de sal.
- Una vez blandita la patata, se escurre, mezcla con 4 huevos y se hace una tortilla redonda.
- Con otros 2 huevos se realiza una tortilla redonda de atún.
- Con los últimos 2 huevos se hace otra tortilla redonda con el jamón y guisantes.
- Se Coloca una tortilla encima de otra y entre tortilla y tortilla una capa de tomate frito, otra de mayonesa, y otra de queso para fundir, como si fuese un sandwich.
- Se corta como si fuese una tarta, llevando parte de las tres tortillas.

Ingredientes:

- 6 huevos.
- 1/2 kg de patatas.
- 1 lata pequeñas de bonito.
- 1 lata pequeña de guisantes.
- 50 gr de jamón serrano.
- 125 gr de tomate frito.
- Mayonesa light
- Queso para fundir.
- Aceite (2 cucharadas soperas).
- Sal.

Info. nutricional	Por persona	Info. nutricional	Por persona
Energía (Kcal.)	638	Grasas (g.)	31,6
Hidratos de carbono (g.)	47,1	Saturadas (g.)	7,1
Raciones Hidratos de carbono 4,5		Monoinsaturadas (g.)	10,4
Proteínas (g.)	41,3	Poliinsaturadas (g.)	9,5
Fibra (g.)	7,9	Colesterol (mg.)	637,3
Sodio (mg.)	1497,6	<i>Valores calculados sin sal añadida</i>	

➤ ESPINACAS GRATINADAS



Ración: 2 Personas

Tiempo: De 30 a 40 minutos

Dificultad: Fácil

-Se limpian las espinacas, quitándoles el tallo y se cuecen en agua con sal unos 15 minutos (5 minutos en olla a presión). Una vez cocidas se escurren bien y se reservan.

-Se derrite un poco de mantequilla en una sartén y se agregan las espinacas y el zumo de limón. Se salpimenta y mantiene a fuego medio unos 10 minutos.

-Se calienta nata líquida, cuando comience a hervir, se añade el huevo batido y fuera del fuego remover rápidamente para que no se cuaje.

-Poner a punto de sal la salsa de nata.

-Se colocan las espinacas en una fuente de horno, verter la salsa de nata y huevo por encima y espolvorear el queso rallado.

-Hornear 10 minutos para que se gratine la superficie.

Ingredientes

- 1/2 kg de espinacas.
- 25 gr de mantequilla.
- 1 dl de nata líquida.
- 1 cucharadas de queso rallado.
- Sal y pimienta blanca molida.
- 1/2 huevo.
- 1/2 limón.

Inf. nutricional	Por persona	Inf. nutricional	Por persona
Energía (Kcal.)	282	Grasas (g.)	24,6
Hidratos de carbono (g.)	3,1	Saturadas (g.)	14,2
Raciones Hidratos de carbono	0,5	Monoinsaturadas (g.)	7
Proteínas (g.)	12,3	Poliinsaturadas (g.)	1,6
Fibra (g.)	6,5	Colesterol (mg.)	131,7
Sodio (mg.)	296,2	<i>Valores calculados sin sal añadida</i>	

➤ 'PIZZA' DE ATÚN CON VEGETALES



Ración: 2 Personas

Tiempo: De 20 a 30 minutos

Dificultad: Fácil

Cómo se elabora:

-Se salsea la base de 'pizza' con el tomate. Encima se añade la cebolla muy picada, el bonito desmigado, los pimientos verdes y rojos, el calabacín y el queso 'mozzarella'.

-Introducir la pizza en el horno, a 200 ° C, durante unos 15 minutos.

Ingredientes:

1 base de 'pizza' para 2 personas.

1 decilitros de salsa de tomate.

100 gr de atún.

75 gr de calabacín.

50 gr de pimientos verdes.

75 grde pimiento rojo.

25 gr de cebolla.

Inf. nutricional	Por persona	Inf. nutricional	Por persona
Energía (Kcal.)	287	Grasas (g.)	10,6
Hidratos de carbono (g.)	26,1	Saturadas (g.)	4,3
Raciones Hidratos de carbono 2,5		Monoinsaturadas (g.)	3,3
Proteínas (g.)	21,9	Poliinsaturadas (g.)	2,3
Fibra (g.)	3,1	Colesterol (mg.)	42,2
Sodio (mg.)	706,2	<i>Valores calculados sin sal añadida</i>	

➤ **ENSALADA DE NUECES Y QUESO**



Ración: 2 Personas

Tiempo: De 10 a 15 minutos

Dificultad: Fácil

Cómo se elabora:

-Lavar la lechuga dejándola unos minutos en agua con unas gotitas de vinagre para que suelte toda la tierra.

-Cortar el queso azul en cuadraditos

-Ecurrir la lechuga y poner en un bol junto el queso, las nueces, 3 cucharadas de aceite de oliva y 1 cucharada de vinagre de manzana.

Ingredientes:

-6hojas de lechuga.

-8 nueces peladas.

-75 grde queso azul.

-3 cucharadas de aceite de oliva.

-1 cucharadas de vinagre de manzana.

-Sal.

Inf. nutricional	Por persona	Inf. nutricional	Por persona
Energía (Kcal.)	390	Grasas (g.)	38,1
Hidratos de carbono (g.)	1,3	Saturadas (g.)	10,5
Raciones Hidratos de carbono	0	Monoinsaturadas (g.)	8,3
Proteínas (g.)	10	Poliinsaturadas (g.)	17,3
Fibra (g.)	1,7	Colesterol (mg.)	34,2
Sodio (mg.)	503,4	<i>Valores calculados sin sal añadida</i>	

➤ 'MOUSSE' DE QUESO CREMOSO CON MERMELADA DE FRESA Y UVAS



Ración: 2 Personas

Tiempo: Menos de 5 minutos

Dificultad: Fácil

Cómo se elabora:

- Pelar y cortar en trocitos la manzana y se mezcla con el queso. Batir hasta formar una crema homogénea.
- Batir las claras a punto de nieve.
- Poco a poco, mezclar la crema de queso y manzana con las claras a punto de nieve.
- En cada copa poner una base de mermelada de fresa y, encima, repartir el 'mousse' de queso.
- Las copas con uvas partidas por la mitad, un hojita de menta, un poco de almendra en crocanti y unos hilitos de miel.
- Servir frío.

Ingredientes:

- 125 gr de queso cremoso bajo en grasas.
- 1/2 manzana Golden.
- Edulcorante sin calorías (1-2 cucharadas de postre de edulcorante líquido).
- Mermelada de fresa light, sin azúcar y sin fructosa (debe contener menos de un 10% de hidratos de carbono totales).
- 2 claras de huevo.
- 4 uvas tintas.
- Unas hojitas de menta.
- 1/2 cucharada de almendra crocante.
- 1 cucharada de miel.

Inf. nutricional	Por persona	Inf. nutricional	Por persona
Energía (Kcal.)	304	Grasas (g.)	14,3
Hidratos de carbono (g.)	26,8	Saturadas (g.)	6,3
Raciones Hidratos de carbono	2,5	Monoinsaturadas (g.)	5,4
Proteínas (g.)	17,1	Poliinsaturadas (g.)	1,7
Fibra (g.)	2,3	Colesterol (mg.)	28
Sodio (mg.)	839,4	<i>Valores calculados sin sal añadida</i>	

REFERENCIA DE LAS RECETAS

Murillo S. Fundación para la Diabetes. [Online].Aviable from:
<http://www.fundaciondiabetes.org/sabercomer/recetas>

Anexo XXI: Actividad 2: Compartiendo miedos.

Escribe en esta tabla las tres cosas que más te preocupan en relación a la Diabetes Mellitus. (Puede ser en cualquier ámbito; físico, con la familia, el entorno, etc...)

1.

2.

3.

Anexo XXI: ACTIVIDAD 4: Role-Playing

ROLE-PLAYING

SITUACION A

Maite de 14 años llega del instituto a la hora de comer, a primera hora de la mañana no le ha dado tiempo hacer la cama porque el móvil se ha quedado sin batería, no ha sonado y se ha dormido.

Cuando llega a su habitación se encuentra a su madre que la está haciendo la cama, cuando le dice que no siga que ya continua ella, su madre no le deja, está muy enfadada. Cada vez que Maite le intenta explicar lo que le ha pasado, su madre le interrumpe diciendo que está muy cansada y que siente que no tiene ayuda en casa.... Cuando termina de hacerle la cama se va cerrando la puerta.

SITUACION B

Jon es el padre de Aitor (15 años). Al medio día le pregunta que elija que quiere que compre para cenar por la noche, a Aitor le apetece "escalopines".

Cuando Aitor llega a casa después de entrenar, se encuentra en la cocina a su padre con su hermano pequeño (Jonathan) sacando unas pizzas del congelador (plato favorito de su hermano), el pequeño se muestra sonriente e ilusionado.

Aitor se siente decepcionado y se enfada, recriminando a su padre que siempre se acaba haciendo lo que quiere Jonathan... se marcha hacia su cuarto enfadado, Jon intenta explicarle que ha salido tarde de trabajar y no ha podido comprar. Aitor no le escucha y se mete en su cuarto diciendo que no va a cenar y dando un portazo

Anexo XXII: ACTIVIDAD 5: Resolución de problemas

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

	Error en la comunicación:	¿Cuáles son los objetivos individuales del cambio esperado?	Meta específica a corto plazo.	Incentivo cada vez que se corrija el error.	Penalización cada vez que se repita el error.	Fecha de reevaluación del cambio
Nombre						
Nombre						
Nombre						

Anexo XXIII: Encuesta de satisfacción del Programa de Educación de Salud

ENCUESTA DE SASTIFACCIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN DE SALUD

Modo: Anónimo

Señala, rodeando con un circulo el número que se acerque más a tu opinión en una valoración del uno al cinco (1 es el mínimo y 5 el máximo).

En relación al EPS:

- Haz una valoración del conjunto del programa

1 2 3 4 5

- Valora la organización del programa

1 2 3 4 5

- Adecuación del espacio físico donde se han desarrollado las sesiones

1 2 3 4 5

- La duración del curso

1 2 3 4 5

- La duración de las sesiones

1 2 3 4 5

- El tiempo transcurrido entre las sesiones ha sido el adecuado

1 2 3 4 5

En cuanto al contenido.

- Valora los contenidos impartidos.

1 2 3 4 5

- Haz una valoración de la documentación entregada durante las sesiones

1 2 3 4 5

- Se ha combinado adecuadamente la teoría y las actividades.

1 2 3 4 5

- Consideras que te ha servido personalmente lo impartido en el EPS

1 2 3 4 5

- Nivel de conocimientos adquiridos una vez finalizado el programa

1 2 3 4 5

- El contenido impartido será útil en mí día a día

1 2 3 4 5

En cuanto a las actividades

- He podido desarrollar las actividades programadas sin dificultad

1 2 3 4 5

- Los actividades y materiales utilizados (ppt, realizar una receta, lluvias de ideas...) han facilitado mi aprendizaje.

1 2 3 4 5

- Las actividades han contribuido a crear un buen ambiente grupal y a aumentar la interacción de los participantes

1 2 3 4 5

En relación a los profesionales

- Los profesionales tenían los conocimientos suficientes

1 2 3 4 5

- Valora la ayuda prestada a los participantes por parte de los profesionales

1 2 3 4 5

- El lenguaje utilizado lo entendía con facilidad

1 2 3 4 5

OTROS COMENTARIOS O SUGERENCIAS: