



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE EL
CUIDADO DE LA SALUD DE LOS NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES CON
DIABETES EN LA FUNDACIÓN “APRENDIENDO A VIVIR CON
DIABETES”, FUVIDA, CIUDAD DE GUAYAQUIL, 2014.**

AUTORAS

**LISSETTE KATIUSKA MARTÍNEZ FAJARDO
KATERINE ANABEL MORÁN GUERRA**

DIRECTORA

MSC.PATRICIA LOMBEIDA GARCÍA

GUAYAQUIL ECUADOR

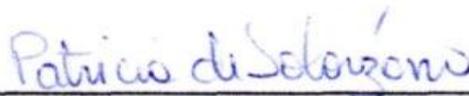
2014 – 2015

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN

En mi calidad de Directora de Trabajos de Titulación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil,

CERTIFICO:

Que el presente trabajo cuyo tema es **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES CON DIABETES EN LA FUNDACIÓN “APRENDIENDO A VIVIR CON DIABETES” FUVIDA, CIUDAD DE GUAYAQUIL, 2014”** presentado por sus autoras las estudiantes de cuarto año Sra. Lissette Martínez Fajardo y Srta. Katerine Morán, ha sido revisado y aprobado, por tanto autorizo su presentación para que sea evaluado por parte del jurado examinador durante el proceso de sustentación.



Msc. Patricia Lombeida de Solórzano
DIRECTORA

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: nivel de conocimiento de los padres sobre el cuidado de la salud de los niños/as y adolescentes con diabetes en la fundación “aprendiendo a vivir con diabetes”, fuvida, ciudad de Guayaquil, 2014.

AUTOR/ES: Lissette Katuska Martínez Fajardo Katerine Anabel Morán Guerra	TUTOR: Msc. Patricia Lombeida De Solórzano
	REVISORES: LIC. Guadalupe Macías

INSTITUCIÓN: Universidad De Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas
--	-----------------------------------

CARRERA: Escuela De Enfermería

FECHA DE PUBLICACIÓN: JULIO/2015	No. DE PÁGS: 131
---	-------------------------

TÍTULO OBTENIDO:
Licenciada En Enfermería

ÁREAS TEMÁTICAS: planteamiento del problema- justificación- objetivo general y específico- antecedentes de la investigación- marco teórico- Marco legal. Definición de términos- variables de la investigación- Operacionalización- metodología- análisis de resultados. Bibliografía.

PALABRAS CLAVE: Palabras claves: conocimientos de los padres- cuidado de la salud — diabetes mellitus tipo I- Rol de enfermería

RESUMEN: La diabetes mellitus tipo 1, es la segunda enfermedad no transmisible (ENT) a nivel mundial, incluye características metabólicas como hiperglicemias e hipoglicemias debido al resultado en la mala secreción o acción de la insulina. Este estudio fue orientado para determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el cuidado de la salud de los niños, se utilizó un estudio descriptivo porque estudio la situación obtenida de la variable investigada, de corte transversal porque se realizó en un tiempo y espacio determinado. La muestra fue de 40 padres de familia que asisten regularmente a la Fundación FUVIDA; se utilizó para la recolección de información la encuesta y la entrevista aplicada a cada uno de los padres de familia. La encuesta fue de 29 preguntas con alternativas para medir el conocimiento que tenían los encuestados en relación al cuidado de sus hijos, permitiendo mejorar e insistir en la concientización de la promoción y prevención de complicaciones. El principal resultado evidencia, que en la Fundación existe un 100 % de niños con Diabetes Mellitus 1, cuyos padres en un alto porcentaje desconocen medidas para sobrellevar el cuidado de sus hijos en el hogar para lo cual se necesita incrementar programas de educación especializada sobre esta enfermedad crónica degenerativa. Se concluye que los padres, niños y adolescentes deben continuar asistiendo a la consulta de control y seguimiento donde mantienen y coordinan con todo el equipo de salud el control y cuidado de esta alteración metabólica, para mejorar en forma sustancial la calidad y estilos de vida. Se recomienda que el profesional de enfermería y demás profesionales de la Fundación FUVIDA, tomen en consideración los resultados de esta investigación para continuar con la implementación de programas educativos dirigidos a los padres, niños y familiares, para incrementar los conocimientos y, así puedan ser actores de su propio autocuidado y reducir las complicaciones que pudieran presentarse.

No. DE REGISTRO):		No. DE CLASIFICACIÓN:	
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:		Nombre: Lic. Carmen Sánchez	
Directora de la escuela de enfermería		Teléfono: 0992291106	
Lic. Carmèn Sánchez		E-mail: carmensanchezh@ug.edu.ec	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			
ADJUNTO PDF:		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES		Teléfono:	E-mail:
Lissette Katuska Martínez Fajardo		0989799276	rlisy_caleb@hotmail.com
Katerine Anabel Morán Guerra		0939110250	Kate_anabel@hotmail.com

CERTIFICADO DE REDACCIÓN Y ORTOGRAFÍA

MSc. JUAN MARÍN LARRETA, docente principal de Español y Ortografía de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación de la Universidad de Guayaquil y, autor de textos de Lengua Española, Redacción y Ortografía a nivel Superior; **CERTIFICO**: que he revisado el trabajo de titulación de grado, cuyo tema es: **"NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES CON DIABETES EN LA FUNDACIÓN "APRENDIENDO A VIVIR CON DIABETES", FUVIDA, CIUDAD DE GUAYAQUIL, 2014.**", elaborado por: **KATIUSKA LISSETTE MARTÍNEZ FAJARDO** y **KATERINE ANABEL MORÁN GUERRA**, como requisito previo para optar el título de **LICENCIADAS EN ENFERMERÍA en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil.**

Para el efecto he procedido a leer y analizar de manera profunda el estilo y la forma del contenido del texto.

- Se denota pulcritud en la escritura en todas sus partes.
- La acentuación es precisa.
- Se utilizan los signos de puntuación de manera acertada.
- En todos los ejes temáticos se evita los vicios de dicción.
- Hay concreción y exactitud en las ideas.
- No incurre en errores en la utilización de las letras.
- La aplicación de la sinonimia es correcta.
- Se maneja con conocimiento y precisión la morfosintaxis.
- El lenguaje es ACADÉMICO, sencillo y directo por lo tanto de fácil comprensión.

Por lo expuesto, y en uso de mis derechos como especialista, **CERTIFICO** la **VALIDEZ ORTOGRÁFICA** del trabajo de titulación como requisito previo para optar el título de **LICENCIADAS EN ENFERMERÍA en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil.**


MSc. Juan Rafael Marín Larreta
Docente principal
Español y Ortografía

MSc. Juan Marín Larreta
CONSULTOR ACADÉMICO

AGRADECIMIENTO

Agradecida infinitamente con DIOS, el cual ha sido mi apoyo y mi fortaleza, mi roca y mi luz, la gloria de él para llegar hasta donde he llegado y seguir en la lucha para cumplir cada meta y sueño.

A mis PADRES, por el esfuerzo que han hecho por darme todo lo necesario para que me supere cada día, permitiendo salir adelante con su esfuerzo y dedicación para conmigo.

A mis amigas incondicionales, que se construyó y fortifico día a día en la universidad, y que hemos compartido muchas cosas de las más insignificante hasta las más lindas locuras.

A mi hermana JESICA, por estar siempre en mis pendiente y apoyándome en lo moral y económico, darme techo y comida, aunque le saque canas verdes pero bueno aquí estamos siendo profesional.

A mi TUTORA, por ser la guía en este trabajo de investigación y los años que fue mi maestra de clases, por enseñarme cada uno de sus conocimientos para ser aplicados en mi experiencia diaria al cuidado directos en cada una de mis pacientes.

A la Universidad de Guayaquil, por haberme permitido ser parte de sus honorables alumnos.

A mi grandiosa y honorable Escuela de Enfermería, que me permitió estudiar y ser parte de ella y, ahora ser la nueva profesional licenciada de enfermería.

KATERINE MORÁN GUERRA

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por ser el Rey de Reyes y Señor de Señores, por su infinito amor y misericordia por haberme permitido llegar hasta este punto de ser una profesional y haberme dado la vida para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, Jorge Martínez Fienco y Geoconda Fajardo Escobar, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por su ejemplo de perseverancia y constancia, por sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por ser las persona que me enseñan a ser quien soy, pero más que nada, por su amor incondicional.

A mi amado esposo, Ronald Cevallos Gutiérrez, quien me brindó su amor, su cariño, su estímulo y su apoyo constante. Su paciencia y, el esperar para que pudiera terminar mi carrera profesional, son evidencia de su gran amor.

A mí querido hijo, Caleb Cevallos Martínez, quien me prestó el tiempo que le pertenecía para terminar mi sueño hecho realidad. Gracias mi calebsito, por ser mi inspiración y motivación de lucha. ¡Te Amo!

A Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, por Haberme abierto las puertas y poder formarme como una excelente profesional.

A mi Tutora, Msc. Patricia Lombeida, que con sus conocimientos, dedicación y paciencia, nos guió en el proyecto de Titulación y, a todas la licenciadas que he conocido año a año y, me han brindado sus conocimientos y vivencias profesionales.

LISSETTE MARTÍNEZ FAJARDO

DEDICATORIA

Sin duda alguna, dedicada infinitamente a DIOS, por darme la vida, la salud cada día, inteligencia y humildad para llegar a esta meta propuesta y cumplida.

A mi padre, GERMÀN MORÀN, porque es el mayor tesoro que DIOS me dio y me permite disfrutar día a día de él, su amor y humildad, cada consejo que a veces pienso que está mal, pero que al final me doy cuenta que nunca un padre quiere lo malo para su hijo. Mi padre es mi Rey, el hombre que más he amado y amaré por mi vida y más allá. Gracias por eso y muchas cosas más. ¡TE AMO MI AMOR MI FLACO BELLO!

A mi madre, SEVERA GUERRA, mi ejemplo, mi luz y mi guía, una mujer que jamás quisiera que se vaya de mi lado y este mundo, por ella que se ha desvivido por darme lo que más he necesitado en la vida, ha estado en los momentos más difíciles de mi vida, y jamás tendré como pagarte tanto amor y comprensión. ¡TE ADORO MADRE MIA MI REINA!

A mi ABUELA, que siempre en cada oración me encomiendo a DIOS, para recibir cada una de las bendiciones de nuestro señor.

A mi HERMANO OMAR, por darme las fuerzas desde donde esté, para ti mi capo.

A mis HERMANOS/ AS, por estar en los momentos más difíciles llenos de oscuridad, pero que sin su ayuda no fuera posible esta meta.

Mis TIAS/OS, por el apoyo incondicional.

A mis PRIMAS y AMIGAS, las cuales estuvieron en cada uno de mis problemas y darme todo su apoyo.

KATERINE MORÁN GUERRA

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis Padres, que me dieron la oportunidad de estudiar, superarme y siendo ellos pilares fundamentales por su lucha y esfuerzo en educarme y guiarme para ser una persona de bien a lo largo de mi vida profesional y personal.

Mis hermanas, Selena y Zuleyka, por estar conmigo y apoyarme siempre cuando más las he necesitado, las quiero mucho, queriendo así que esta meta que estoy concluyendo sirva de ejemplo para las dos y nunca se detengan para nada.

A ti, Ronald Cevallos, mi esposo, compañero y amigo, por tu paciencia y comprensión; preferiste sacrificar tú tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio, me inspiraste a ser mejor para ti, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti. Gracias por estar siempre a mi lado.

Tú, hijo mío, con tu afecto y tu cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para TI, aun a tu corta edad, me has enseñado y me sigues enseñando muchas cosas de esta vida. Te Agradezco porque eres la motivación más grande para concluir con éxito este trabajo.

Con gran cariño a las Licenciadas, amigas y compañeras que me apoyaron y me han rodeado durante estos largos años para la realización de la misma y, me brindaron ayuda con sus conocimientos, para hoy poder mostrarles lo aprendido durante todo este tiempo.

LISSETTE MARTÍNEZ FAJARDO

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES CON DIABETES EN LA FUNDACIÓN "APRENDIENDO A VIVIR CON DIABETES", FUVIDA.

**Autoras:
KATERINE MORÀN GUERRA
LISSETTE MARTÍNEZ FAJARDO**

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 1, es la segunda enfermedad no transmisible (ENT) a nivel mundial, incluye características metabólicas como hiperglicemias e hipoglicemias debido al resultado en la mala secreción o acción de la insulina. Este estudio fue orientado para determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el cuidado de la salud de los niños, se utilizó un estudio descriptivo porque estudio la situación obtenida de la variable investigada, de corte transversal porque se realizó en un tiempo y espacio determinado. La muestra fue de 40 padres de familia que asisten regularmente a la Fundación FUVIDA; se utilizó para la recolección de información la encuesta y la entrevista aplicada a cada uno de los padres de familia. La encuesta fue de 29 preguntas con alternativas para medir el conocimiento que tenían los encuestados en relación al cuidado de sus hijos, permitiendo mejorar e insistir en la concientización de la promoción y prevención de complicaciones. El principal resultado evidencia, que en la Fundación existe un 100 % de niños con Diabetes Mellitus 1, cuyos padres en un alto porcentaje desconocen medidas para sobrellevar el cuidado de sus hijos en el hogar para lo cual se necesita incrementar programas de educación especializada sobre esta enfermedad crónica degenerativa. Se concluye que los padres, niños y adolescentes deben continuar asistiendo a la consulta de control y seguimiento donde mantienen y coordinan con todo el equipo de salud el control y cuidado de esta alteración metabólica, para mejorar en forma sustancial la calidad y estilos de vida. Se recomienda que el profesional de enfermería y demás profesionales de la Fundación FUVIDA, tomen en consideración los resultados de esta investigación para continuar con la implementación de programas educativos dirigidos a los padres, niños y familiares, para incrementar los conocimientos y, así puedan ser actores de su propio autocuidado y reducir las complicaciones que pudieran presentarse.

Palabras claves: conocimientos de los padres- cuidado de la salud — diabetes mellitus tipo I- Rol de enfermería

LEVEL OF KNOWLEDGE OF PARENTS ON HEALTH CARE OF CHILDREN / AS WITH DIABETES FOUNDATION "LEARNING TO LIVE WITH DIABETES" FUVIDA

**AUTHORS:
KATERINE MORÀN GUERRA
LISSETTE MARTINEZ FAJARDO**

ABSTRACT

Mellitus diabetes Type 1 is the second non-communicable disease (NCD) worldwide, including hyperglycemia and metabolic characteristics as hypoglycemia due to poor results in the secretion or action of insulin. This study was aimed to determine the level of awareness of parents about the health care of children, a descriptive study was used because it describes the situation obtained from the variable investigated, cross section because the study was conducted in given time and space. The sample consisted of 40 parents who regularly attend FUVIDA Foundation, it was used for data collection, the interview and survey applied to each of parents. The survey was made of 29 multiple choice questions to measure the survey respondents knowledge in relation to childcare, enabling to improve and insist on promoting awareness and prevention of complications. The main result shows that there are that 100% of children with mellitus diabetes in the foundation, whose parents in a high percentage unaware measures to cope with caring for their children at home which it is necessary to increase education programs specializing on this degenerative chronic disease. In conclusion, parents, children and adolescents showed continue attending the consultation where they perform a follow- up and coordinate with all health team monitoring and caring this metabolic disorder in order to improve their lifestyle quality. It is recommended that the nurse and other professionals from FUVIDA foundation, consider the implementation of educational programs for parents, children and family and increase knowledge where they can because actors their ows self- care and they can reduce complications in de future.

Keywords: knowledge of the parents and health care - mellitus diabetes type I-nursing Role.

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Tasa de mortalidad de niños con diabetes.....	6
GRÁFICO 2	Sexo de padres de familia.....	62
GRÁFICO 3	Edad de los padres de familia.....	62
GRÁFICO 8	Composición familiar.....	63
GRÁFICO 9	Número de hijos por familia.....	63
GRÁFICO 13	Tipo de diabetes tiene su hija/o.....	64
GRÁFICO 14	Tiempo que padecen la enfermedad.....	64
GRÁFICO 29	Asiste con frecuencia a las capacitaciones que hacen en la fundación.....	65
GRÁFICO 30	Los conocimientos sobre diabetes en la fundación son para usted y su hijo.....	65

ÍNDICE DE TABLA

TABLA 1	Tipos de insulina y tiempo de acción.....	32
---------	---	----

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁGINAS
CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN Y CULMINACIÓN DE TUTORÍA.....	I
REPOSITORIO DE LA SENESCYT.....	II
CERTIFICADO DE GRAMATÓLOGO.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VII
RESUMEN – ABSTRACT.....	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	X
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	XI
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2. Enunciado de la problemática.....	9
1.3. Justificación.....	9
1. 4.Objetivos.....	13

CAPÍTULO II

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	14
2.2.1. Antecedentes Históricos de la Diabetes.....	17
2.2.2. Definición de la Diabetes.....	18
2.2.3. Clasificación de la diabetes.....	19
2.2.4. Epidemiología en el Ecuador de la diabetes infantil.....	21
2.2.5. Causas de la diabetes.....	22

2.2.6. Síntomas de la diabetes.....	24
2.2.7. Otras sintomatologías de la diabetes.....	25
2.2.8. Tratamiento.....	26
2.2.9. Tratamiento de la diabetes no farmacológico.....	26
2.2.10. Tratamiento de la diabetes farmacológico.....	30
2.2.11. Factores de Riesgo.....	38
2.2.12. Relación de la diabetes y el niño.....	39
2.2.13. Complicaciones de la diabetes.....	41
2.2.14. Alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes.....	42
2.2.15. Rol de enfermería.....	43
2.2.16. Marco legal.....	46
2.2.17. Definición de términos.....	54
2. 3. Variables a investigar.....	56
2.3.1. Variables independiente y dependiente.....	56
2.2.2.Operacionalización de variables.....	57

CAPÍTULO III

3. Metodología.....	60
3.1. Enfoque investigativo.....	60
3.2. Método y tipo de estudio.....	60
3.3. Diseño de estudio.....	60
3.3.1 Sujeto de estudio.....	60
3.3.2. Población y muestra de estudio.....	61
3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	61
3.5. Procedimientos.....	61
3.6. Procesamiento de datos.....	62
3.5 Análisis e interpretación de resultados.....	63
3.6. Conclusiones.....	68

3.7. Recomendaciones.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS.....	70
BIBLIOGRAFÍA.....	75

ANEXOS

- Anexo 1.- Permisos para Obtener Datos.
- Anexo 2. Consentimiento Informado.
- Anexo 3.- Instrumento de Obtención de Datos.
- Anexo 4.- Cronograma.
- Anexo 5.- Presupuesto.
- Anexo 6.- Cuadros y Gráficos Estadísticos.
- Anexo 7.- Evidencias Fotográficas.
- Anexo 8.- Control del Avance de Trabajo de Investigación.

INTRODUCCIÓN

En el mundo, la diabetes infantil se ha convertido en una de las enfermedades crónicas degenerativas más comunes en la infancia y la adolescencia, presentándose muchas veces esta alteración en los infantes por el manejo inadecuado de la alimentación, incumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico y el déficit de conocimientos de los padres o cuidadores principales sobre la enfermedad.

El rol del profesional de enfermería es muy importante en este campo, porque una de las funciones que realiza, como parte del equipo de salud, es el de educadores. Nos encargamos de orientar y educar a los padres de familias que manejan el control y cuidado de la salud de sus hijos, desde edades tempranas de la infancia hasta adolescentes, para promocionar y prevenir el aumento de esta enfermedad. El trabajo del profesional de Enfermería se basa en modelos y teorías, que en base del conocimiento científico, y tomamos en este el modelo de interacción padre-hijo-entorno de Kathryn E. Barnard, que nos habla sobre las características de niño y el padre de familia en el desarrollo dentro de la sociedad, enfrentando dificultades y superando mediante la unión de conocimientos; fortaleciendo la prevención; recuperación manteniendo un tratamiento adecuado.

El estudio realizado, sobre nivel de conocimiento de los padres en el cuidado de la salud de los niños y adolescentes con diabetes en la fundación, “Aprendiendo a Vivir con Diabetes”, FUVIDA. Está encaminado a aportar información fidedigna y actualizada a la institución, para la elaboración de estrategias y, la implementación de actividades educativas que favorecen la recuperación y adecuado control de las actividades de la vida diaria del niño y adolescentes, por parte de su familiar o cuidador principal.

El presente estudio se estructuró en tres capítulos:

El capítulo I, hace referencia a la descripción del problema de investigación, justificación y objetivos.

El capítulo II, corresponde a los antecedentes de la investigación, al marco teórico que sustenta la investigación, así como la definición de las variables del estudio.

El capítulo III, comprende el marco metodológico del estudio, análisis e interpretación de resultados, las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, la bibliografía, y anexos. Luego de haber presentado los temas, a continuación detallaremos con mayor énfasis cada uno de ellos, enfocándonos en el problema de estudio. Esperando que sea de gran aporte a las personas involucradas al tema, teniendo una manera clara y gratificante sobre el problema mundial y local.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1. 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes, como muchas otras enfermedades crónicas degenerativas, ha mostrado un incremento progresivo en todo el mundo. Sigue siendo un problema de salud pública mundial. Los altos costos sociales y económicos de este problema requieren de medidas trascendentales, para así, evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen.

Actualmente, la Federación Internacional de Diabetes (FID) 2013, refiere que 3 382 millones de personas viven con diabetes en el mundo. Más de 316 millones sufren tolerancia anormal a la glucosa y corren un riesgo elevado de contraer la enfermedad; un alarmante número, que se prevé que alcance los 471 millones en 2035. La diabetes aumenta en todo el mundo y los países luchan para no verse desbordados. Algunos, todavía piensan que la diabetes es “una enfermedad de ricos”, lo cual es perjudicial para los fondos que se necesitan desesperadamente para luchar contra la pandemia.¹

Es una enfermedad que ataca a personas de cualquier edad, raza, o condición social- cultural, y hoy en día se observa con gran preocupación, cómo está afectando a los niños y adolescentes. La incidencia de diabetes tipo 1, principalmente en niños y adolescentes, arroja unos valores de: Entre 10 y 40 nuevos casos al año por 100.000 habitantes en Europa y en los EE.UU.; y, 1 a 15 nuevos casos al año por 100.000 habitantes, en países en vías de desarrollo. La incidencia de diabetes tipo 1, está aumentando, con una tasa alta de crecimiento de aproximadamente 3% al año. Además, la diabetes tipo 2, también progresa rápidamente en niños y adolescentes de países industrializados. Se calcula que en este momento en los EE.UU., la

diabetes tipo 2 alcanza hasta un 45% de casos nuevos en niños y adolescentes, en contraste con menos del 3% hace quince años.²

Libman, (2009), dice, que durante las últimas décadas el aporte de la epidemiología a través de la estandarización de los métodos, las definiciones y la colaboración internacional, ha permitido una mejor estimación de la incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus (DM), en la infancia y la adolescencia, así como la detección de probables factores de riesgo para los distintos tipos de la enfermedad, lo que orientaría al desarrollo de medidas preventivas y terapéuticas, y la mayor comprensión de la magnitud del problema. Se ha observado un aumento global y amplias diferencias entre distintas regiones en la incidencia de la diabetes tipo 1 (DM1), al igual que un incremento en la frecuencia de la diabetes tipo 2 (DM2) en ciertas etnias asociado a un aumento de la obesidad.³

El panorama es igualmente preocupante en América Central y del Sur, donde se prevé que la población con diabetes aumente en un 60% en el año 2035. El rápido desarrollo ha conducido a una epidemia de la diabetes de rápido crecimiento en el Sudeste Asiático, lo que representa cerca de una quinta parte del total de casos en todo el mundo. Del mismo modo, la riqueza y el desarrollo en Oriente Medio y Norte de África, han conducido a una gran proporción de diabetes, y uno de cada diez adultos de la región tiene la enfermedad.⁴

La incidencia de diabetes tipo 1 en niños está en aumento en muchos países, al menos entre los menores de 15 años. Hay fuertes indicios de diferencias geográficas en las tendencias, pero el aumento anual total se estima en torno al 3%. Hay pruebas de que la incidencia está aumentando de forma más pronunciada en algunos países de Europa Central y del Este, en donde la enfermedad es menos frecuente. Además, varios estudios europeos han sugerido que, en términos relativos, el aumento es mayor entre los niños de más corta edad.⁵

También, existe evidencia de que constan tendencias similares en muchas otras partes del mundo, pero en el África Subsahariana, los datos de incidencia son escasos o inexistentes. Se estima que unos 79.100 niños menores de 15 años, desarrollan diabetes tipo 1, cada año en todo el mundo. De los aproximadamente 497.100 niños que viven con diabetes tipo 1, el 26% vive en la Región de Europa, donde disponemos de estimaciones más fiables y actualizadas de la incidencia; y, el 22% en América del Norte y Caribe. ⁶

En América los datos de diabetes tipo 1, en las edades de 0- 14 años, Se estima que hay 108.600 niños con diabetes tipo 1, en la Región. La estimación de EEUU., representa casi el 80% del número total de nuevos casos de diabetes tipo 1, en niños, seguida de Canadá ⁷. En América del Sur, se estima que unos 7.300 niños desarrollaron diabetes tipo 1, en 2013. En la Región en su conjunto, 45.600 niños menores de 15 años tienen diabetes tipo 1. La mayoría, unos 31.100 niños, viven en Brasil. ⁸

El perfil epidemiológico en América Latina, ha sufrido cambios significativos en las últimas décadas; así como viejos problemas de salud pública se han resuelto, han surgido nuevos problemas y otros más viejos han resurgido. En los próximos 10 años se espera que las muertes por enfermedades crónicas aumenten en un 17%, y lo más alarmante, es que las muertes debido a la diabetes aumentarán en más de un 80%. El número estimado de casos de diabetes en América Latina fue de 13.3 millones, en el año 2000, una cifra que se espera aumente a 32.9 millones para el año 2030 (más del doble de casos), como consecuencia del envejecimiento de la población y de la urbanización. ⁹

Mientras tanto, la situación en Ecuador, está de acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud Pública, las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus, que han experimentado un incremento sostenido en el periodo 1994 – 2009, ascenso notablemente más pronunciado en los

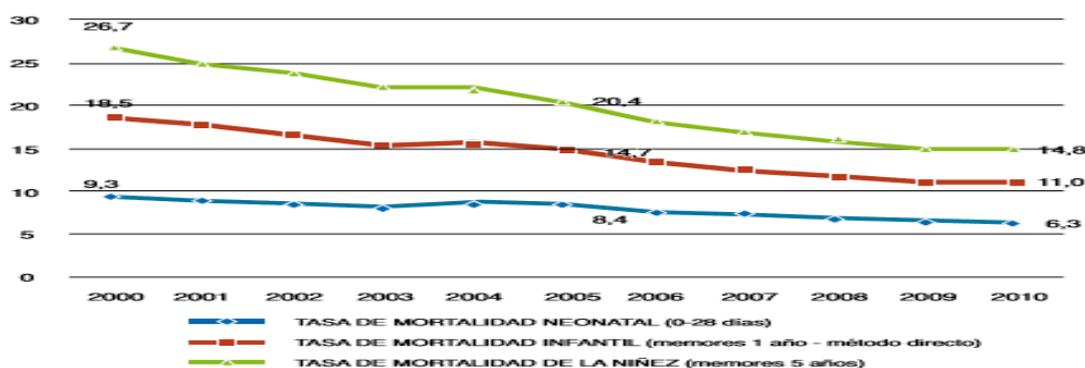
tres últimos años. Para el 2009, los casos notificados fueron de 68,635 para diabetes mellitus. ¹⁰

En el periodo 1994 a 2009, la prevalencia de diabetes mellitus se incrementó de 142 por 100,000 habitantes a 1084. Las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la costa que en el resto del país, aunque la zona insular le sigue en importancia. Según los reportes de Egresos Hospitalarios del INEC, en el año 2007 la Diabetes Mellitus tipo 1 fue el motivo de ingreso de 81 niños menores de 15 años. ¹¹

En Ecuador, los indicadores de mortalidad infantil muestran los resultados de la mejora en el acceso a servicios de salud y de intervenciones de las nuevas políticas de salud, por lo cual son un indicador esencial al momento de valorar un estado situacional del sector.

Gráfico # 1

Tasa de mortalidad de niños con diabetes



Fuente: INEC, Estadísticas Vitales, 2000-2010.

Se cree conveniente el gráfico porque detalla que en Ecuador, podemos apreciar la alta tasa de mortalidad de niños y adolescentes con diabetes que respetan en los años 2000- 2010, según las estadísticas de la INEC. ¹²

La Dirección Provincial del Ministerio de Salud del Ecuador, indicó que en el 2011, de los 47.627 casos de diabetes registrados a nivel del Guayas, únicamente, 632 pertenecen a individuos de entre 0 y 19 años. Mientras tanto, en lo que va de enero a mayo del 2012, de los 14.580 pacientes

contabilizados por la institución, apenas 223 pertenecen a los casos infantiles. ¹³

Frente a este panorama de la Diabetes Mellitus tipo 1, como uno de los pilares básicos en el tratamiento de los individuos con diabetes es la educación diabetológica. Con ella se pretende que el individuo adquiera una serie de conocimientos, técnicas y habilidades, encaminadas a conocer mejor su enfermedad, con el objetivo de conseguir un crecimiento y desarrollo tanto físico como emocional normal; mantener los niveles de glicemia en sangre lo más próximos a la normalidad; evitando la aparición de hipoglicemias; el ausentismo escolar; la plena participación en actividades físicas y sociales; evitar la manipulación de la diabetes por parte del niño/a en la comunidad; y, conseguir la máxima responsabilidad del niño/a, adecuada a su edad e inteligencia en el control de la enfermedad.

Tomando en consideración la alta incidencia de diabetes entre los adolescentes, es necesaria una educación con el propósito de prevenir complicaciones y manejar efectivamente la diabetes. Si se le da una educación sólida que integre la alimentación y el manejo apropiado para la diabetes; los padres y los pacientes podrán adquirir las destrezas y los conocimientos necesarios para desenvolverse con efectividad y para tratarse la diabetes, de esta forma se disminuye el riesgo de tener complicaciones futuras y se eliminan los riesgos que puedan causar la muerte del paciente.

En este caso, todos los conocimientos, técnicas y habilidades recaen sobre los cuidadores que tienen que asumir la responsabilidad del cuidado cotidiano. Esto es lo que hace de la diabetes una enfermedad única y peculiar y, en muchas ocasiones, agotadora.

La abundancia de conocimientos que pueden adquirir estos pacientes, la atención directa y el contacto con una educación diseñada, son factores determinantes en un buen manejo que tenga el paciente de por vida. Como la raíz del problema muchas veces está en el comportamiento, es una

responsabilidad asumir el rol de educador, para que los pacientes adquieran conciencia de los beneficios inherentes de una educación de alta calidad a fin de lidiar con la condición en forma positiva. Tratando así que asuman la responsabilidad de la atención y el cumplimiento de actividades de cuidado; promoción y prevención de las enfermedades, con la adherencia al tratamiento.

En la ciudad de Guayaquil, desde el año 1997, comienza a funcionar la Fundación Aprendiendo a Vivir con Diabetes (FUVIDA), es una institución sin fines de lucro, se atienden actualmente 190 niños y jóvenes, que da cobertura a nivel Nacional, en las Provincias del Oro, Manabí, Los Ríos, Santo Domingo de los Tsáchilas, Azuay y Guayas. Ellos reciben donaciones farmacológicas y económicas, para sostener el tratamiento mensual, educación diabetológica, campamentos anuales y reuniones de padres, los primeros sábados de cada mes para recibir todos estos beneficios que ofrece esta institución. En la ciudad de Guayaquil se atienden alrededor de 80 niños y adolescentes en promedio. Todos los niños que se atienden en dicha fundación tienen diabetes tipo 1, insulín dependientes.¹⁴

Mientras tanto, a través de nuestras observaciones y en contacto que tenemos con los programas educativos, hemos evidenciado que los padres que asisten a la fundación, no tienen una información adecuada en cuidados y manejos, se ha determinado que estos están al cuidado de sus hijos con diabetes, por lo tanto, se debe actualizar conocimientos en temas relacionados a los cambios en estilos de vida, hábitos higiénicos- dietéticos, cumplimiento del régimen terapéutico y ejercicio físico, aspectos que se consideran importantes para que el niño y adolescente pueda incrementar su calidad y esperanza de vida, disminuyendo y/o evitando futuras complicaciones crónicas que le provoquen discapacidad o muertes prematuras.

Partiendo de este problema, de identificar la falta de conocimiento que los padres tienen sobre el cuidado de sus hijos con diabetes, se hace

necesario establecer estrategias, que sean satisfactorios para la salud y el bienestar de los niños/as y adolescentes. El cuidado de este trastorno requiere una continuidad en el tratamiento, que supone la estabilidad en el tiempo de una serie de hábitos y conductas que aseguren la adherencia al tratamiento.

FUVIDA, se ha convertido para los niños y su familia, en un apoyo invaluable, les permite compartir y conocer sobre su enfermedad, saber que no están solos y que no son los únicos con esta condición, mejorando la calidad de vida del niño y su entorno. Favorablemente no existe en nuestro estudio paciente con diabetes tipo 2. ¹⁵

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

En base a lo expuesto anteriormente la pregunta de investigación surge de los acontecimientos que cada día sirve en la fundación FUVIDA sobre todo con la aparición de diabetes tipo I, reinciden en la aparición de nuevos casos con diabetes tipo I, lo cual nos lleva a un análisis detallado sobre la problemática existente en el mundo y en especial en campo de estudio la Fundación con el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres sobre el cuidado de la salud de los niños/as y adolescentes con diabetes en la fundación “Aprendiendo A Vivir con Diabetes” FUVIDA de la Ciudad de Guayaquil, 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Dentro de nuestro campo de estudio, el tipo de diabetes más frecuente en la población infantil y juvenil, es la diabetes mellitus tipo 1. En esta, hay una carencia absoluta de insulina por defectos en la producción de páncreas al segregar esta hormona, que obliga a la administración externa a través de inyecciones subcutáneas, conociendo sus reacciones adversas y, cómo ayudar a seguir cambiando los estilos de vida mediante educación diabetológica hacia los padres de familia que están al cuidado de sus hijos con esta enfermedad, la cual es la segunda enfermedad no transmisible a nivel mundial.

Como estudiantes de enfermería, nos motiva realizar este tema para valorar el nivel de conocimiento de los padres sobre el cuidado de la salud de niños con diabetes en la Fundación Aprendiendo a Vivir con Diabetes, FUVIDA; otra de las motivaciones que tenemos en la práctica pediátrica, hemos observado una gran cantidad de niños que padecen dicha enfermedad, con cuadros clínicos muy graves debido al desconocimiento de los cuidadores principales acerca de los alimentos que deben ingerir y de las medidas de promoción y prevención para mantenerlos bajo control.

La investigación es muy importante, ya que como objetivo general podemos determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el cuidado de los niños con diabetes, en la fundación Aprendiendo a Vivir con Diabetes, para así saber, cuáles son sus fortalezas y debilidades en el cuidado de sus hijos en sus hogares. Es de gran importancia ejecutar este trabajo de investigación por el gran número de niños y jóvenes que padecen esta enfermedad, ya que en todo el mundo muchos de ellos mueren por falta de insulina, sin haber ni siquiera sido diagnosticados.

No esperar que esta enfermedad siga aumentando, sino prevenirla, para que un futuro no hayan consecuencias de la misma. En lo cual

usaremos los planes educativos para mejorar el nivel de conocimiento de los padres de familia en el cuidado de sus hijos.

Como futuras profesionales de enfermería, sabemos que nuestro rol es muy importante en la salud y vida del niño, ya que asumimos controles de crecimiento y desarrollo del niño, nosotras nos encargamos en su mayor parte de las actividades de la vida diaria en los diferentes establecimientos de salud del País, teniendo la oportunidad de atender e interactuar directamente con la madre y el niño, por consiguiente, se puede tomar este aspecto como fortaleza para lograr lo que es la educación a los padres, ya que así, se convierte en una estrategia de prevención primaria, que debe ser iniciada desde que el niño es diagnosticado con la diabetes infantil, considerando acciones ambientales de protección al niño y educativas hacia la madre, generándoles una mejor calidad de vida tanto en lo personal como social.

Al evaluar el conocimiento de los padres de la Fundación Aprendiendo a Vivir con Diabetes (FUVIDA), podemos medir algunos aspectos socio familiares, como identificación del cuidador principal, edad del cuidador, edad del niño, nivel de estudios, trabajo del mismo y número de personas que conviven en el domicilio familiar, a través de un cuestionario de preguntas sobre conocimientos y creencias de los cuidadores con respecto a la diabetes, elaborado por las autoras de este estudio.

Los padres de familia que participan en el presente estudio son aquellos que asisten con regularidad a la Fundación Aprendiendo a vivir con Diabetes (FUVIDA) ya que son ellos los cuidadores principales de los niños y adolescentes que padecen la enfermedad. Una vez seleccionados, los cuidadores se les realizó un conversatorio de educación diabetológica donde se determina sus fortalezas y debilidades sobre la enfermedad, en el que se les proporcionaba una serie de conocimientos sobre la enfermedad. Con posterioridad a dicha actividad se informó a los cuidadores acerca de los objetivos del estudio y se solicita la participación voluntaria en el mismo. Las

variables son dependientes e independientes obtenidas con datos subjetivos y objetivos mediante encuesta.

Mediante la aplicación de medidas de promoción y prevención, se pretende que este estudio ayude en primer lugar a mejorar el estilo y calidad de vida de los niños con diabetes y, en segundo lugar, capacitar a los padres como cuidadores principales para que se cumplan las recomendaciones impartidas. De acuerdo a los resultados prontamente obtenidos, se elabora una propuesta educativa de actividades de apoyo dirigida a los padres de familia de dicha fundación.

La investigación es importante porque busca fortalecer el conocimiento de los padres de familias de los niños y adolescentes acerca de la enfermedad, y nosotras como parte del equipo de salud de la fundación, daremos un aporte para mejorar las prácticas y conocimientos, para el control efectivo de la enfermedad, así los niños puedan llevar un mejor estilo de vida en su familia y un buen vivir en su comunidad.

Los resultados del trabajo, servirán para que las autoridades sanitarias y personal de salud, tengan un conocimiento significativo y real sobre la morbilidad de dicha enfermedad y, también, para que los padres adquieran conocimientos actualizados y concientizar la idea de que la diabetes es un problema de salud pública, que deben de estar preparados para poderla detectar, tratar a tiempo y dar los respectivos cuidados en sus hogares.

Los datos obtenidos permiten conocer, cuál es el nivel de conocimiento, y por ende, la importancia que adquiere la madre en la educación de los niños, datos que deben ser utilizados para establecer objetivos por el profesional de enfermería, con la finalidad de socializar y/o masificar con mayor énfasis estos aspectos y pueda crear estrategias de acuerdo a la idiosincrasia de cada lugar, dado que en nuestra cultura, es la

madre la responsable de educar al niño y la que permanece más tiempo con él.

Finalmente, sería interesante en investigaciones futuras, poder corroborar estos resultados con evidencias sobre los estilos educativos de los padres en el hogar. No obstante, hay que tener en cuenta que quizá no sea factible utilizar estas medidas en la práctica cotidiana del servicio público de enfermería, con lo que otra alternativa sería lograr un entrenamiento adecuado de los observadores y, unas definiciones más operativas de las categorías a observar (control y afecto).

1.4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el cuidado de la salud de los niños con diabetes en la Fundación Aprendiendo a Vivir con Diabetes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las características sociodemográficas de los padres de familia de los niños y adolescentes diabéticos.
2. Describir la estructura y composición familiar como fuente de apoyo principal para los niños y jóvenes que padecen la enfermedad.
3. Identificar el tiempo de evolución de la enfermedad y las complicaciones a largo plazo que pueden padecer por la diabetes.
4. Evaluar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre la diabetes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Al realizar la consulta bibliográfica del tema de estudio, que evalúa el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el cuidado de la salud de sus niños con diabetes, se ha encontrado pocas referencias científicas a nivel internacional relacionadas con el tema, de las cuales se pueden citar las siguientes:

Un estudio realizado en México, apoyado en un artículo, cuyo título: “Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2, tanto urbanos como rurales del occidente de México”, como conclusión final de que los individuos tuvieron escasos conocimientos adecuados sobre su enfermedad, con mayor noción en complicaciones crónicas. Los pacientes urbanos presentaron mayor conocimiento en general que los rurales. ¹⁶

En Cuba, provincia de Ciego de Ávila, se han elaborado programas de investigación de Intervención educativa en familiares de niños diabéticos, con el objetivo de implementar un programa educativo para elevar el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus a familiares de niños diabéticos. Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después, con los familiares de niños diabéticos pertenecientes al territorio Sur de la provincia de Ciego de Ávila desde enero del 2006 a diciembre del 2007, con la aplicación de una intervención educativa. Al analizar el nivel de conocimientos de los familiares, sólo el 78,38% era satisfactorio al inicio de la investigación, con un total de 580 respuestas correctas, y una vez concluida, se elevó al 100% el nivel de conocimientos satisfactorios, con un total de 722 preguntas respondidas de forma correcta, que representa el 97,56% del total de preguntas de los cuestionarios. Se concluye que la intervención educativa

aplicada mostró ser eficaz para elevar el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en los familiares de los niños diabéticos. ¹⁷

Luzmar A., Veliz Y., Weffer M. (2006). Universidad Central de Venezuela, Caracas, con el título “Conocimiento sobre autocuidado presente en los pacientes con diabetes tipo 1, que asisten a la consulta de medicina interna del hospital “Dr. Domingo Luciani”, cuyas conclusiones se orientaron, hacia la necesidad de inducir en las enfermeras los cambios necesarios para una mayor efectividad de su función educativa de la prevención de riesgos y, complicaciones relacionadas con la diabetes. Este estudio, también sirve de referencia al relacionarse con la variable educación en diabetes, la cual es de vital importancia en la orientación a los padres de niños con diabetes. ¹⁸

Vázquez, F. Cruz, C. Laynez M. Pérez, D. Godoy Izquierdo, (2008), Universidad de Granada, con impacto del nivel de conocimientos, la fuente de información y la experiencia con la enfermedad sobre las actitudes, creencias, conocimientos y emociones asociadas a la diabetes en un grupo de estudiantes de educación secundaria, cuyo tema llevo a orientar el Los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimientos, las creencias, las actitudes, las actitudes percibidas de los demás y las emociones asociadas a la diabetes se presentan en la tabla 2. Puede observarse, que las puntuaciones de los participantes en las subescalas del CSD son, en comparación con las puntuaciones máximas obtenibles, moderadas en el caso de Conocimientos, Creencias y Emociones, señalando unos niveles de conocimientos adecuados, pero no completamente correctos, así como una emocionalidad asociada a la enfermedad no elevada y, muy elevadas en las subescalas de actitudes, señalando unas actitudes personales y sociales hacia la enfermedad positivas. ¹⁹

En Ecuador, estudios realizados sobre el tema no se han encontrado en niños y adolescentes, pero sí relacionados con la enfermedad, los cuales mencionaremos:

Andrade R. (2003) Universidad de Guayaquil , con el título: “Análisis del manejo metabólico de pacientes pediátricos con diabetes tipo 1”, resalta en una de sus conclusiones, es que los resultados confirman, que los niños se descompensan fácilmente, especialmente en la segunda infancia y adolescencia debido a que el tratamiento en el niño se torna un castigo, por lo que en muchas ocasiones se niegan a seguirlo estrictamente, lo que trae consigo complicaciones que pueden ser fatales o que pueden repercutir en años posteriores si se dan continuamente.²⁰

C. Quezada. M. Zhunio. (2011), Cuenca, con el título “Diabetes mellitus tipo 2-enfermería; conocimientos, actitudes y práctica en salud; pacientes ambulatorios educación; Fundación Donum”; Según, los resultados obtenidos a través de las encuestas, podemos decir que los pacientes diabéticos que asisten a la Fundación Donum, tienen un alto déficit de conocimientos de lo que es la diabetes, cuidados, y complicaciones; por lo que es de gran importancia realizar charlas educativas con más frecuencia para de esta forma mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas.²¹

Tomando en cuenta esta investigación, por la falta de conocimiento de no llevar en orden el tratamiento, ya que esto puede llevar a desencadenar riesgo para su vida cotidiana y el entorno que les rodea.

Larrea M. Universidad “San Francisco de Quito”, con el tema “Influencia de la educación en diabetes, para el mejoramiento del costo – utilidad de los pacientes diabéticos afectados: Análisis en los centros de atención ambulatoria Chimbacalle y Suroccidental del IESS en el período marzo 2006 – diciembre 2007”, llega a demostrar la diferencia que existe en el mejoramiento de la calidad de vida y reducción de costos entre pacientes diabéticos intervenidos con educación para la adhesión a la dietoterapia y estilos de vida saludables y, aquellos pacientes diabéticos que no han tenido acceso a ese aspecto educacional.²²

Estas investigaciones nos hacen reflexionar, que la falta de conocimiento de los cuidadores principales para que ayuden a sus pacientes, en este caso a los niños, a no abandonar su tratamiento, ya sea este farmacológica o no farmacológica. Las investigaciones mencionadas, anteriormente, de Diabetes Infantil, se han venido desarrollando de forma continua en los países; pero cada uno con avances propios y diferentes, no obstante, muy significativos. En Ecuador los estudios investigativos en base a nuestro tema son escasos.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DIABETES INFANTIL

La Diabetes mellitus, se deriva del sifón Griego del significado de la diabetes de la palabra, pasar a través y, de la palabra Latina, significado mellitus enmelado o dulce, que fue descubierta por Areteo de Capadocia, quien en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección, el nombre de diabetes, que significa en griego correr a través.

El nombre de diabetes viene de los sabios griegos Apolonio de Mileto y Demetrio de Aparnea; dicho nombre procede de la palabra Diabinex que significa “pasar a través de”. La diabetes es tan antigua casi como el hombre, aunque no se sabe con certeza cuándo empezó realmente. Lo que sí sabemos es que la humanidad empezó muy pronto a darse cuenta de la existencia de una enfermedad que consistía en beber mucha agua, orinar mucho, tener hambre, perder peso y morir pronto si se era joven o no tan pronto, pero vivir mal, si empezaba después de los 40 años; es así como empezó la diabetes en las personas adultas. ²³

En 1995, un grupo de padres, viendo el crecimiento progresivo de esta enfermedad, se reunió para brindar contención a las familias con niños diabéticos. Ese año conformaron la Asociación de Padres y Amigos de Diabéticos Infanto-juveniles de la provincia de España.

Lo cual el crecimiento del índice de obesidad infantil y a los malos hábitos alimenticios, es así como apareció la Diabetes Infantil, y es así que hasta hoy en día sigue incrementado este problema de salud más atrás. ²⁴

2. 2. 2 DEFINICIÓN DE LA DIABETES

Hay diferentes definiciones que creemos conveniente destacar:

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina. Con el tiempo, la enfermedad puede causar daños, disfunción e insuficiencia de diversos órganos (OMS, 1999). ²⁵

Según, la Federación Internacional de Diabetes (FID), ocurren cuando el cuerpo no puede producir suficiente cantidad de la hormona insulina o no puede usar la insulina eficazmente. La insulina actúa como una llave que permite a las células del cuerpo absorber la glucosa y utilizarla como energía. ²⁶

Según asociación española de pediatría (AEP): La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad autoinmune y metabólica caracterizada por una destrucción selectiva de las células beta del páncreas causando una deficiencia absoluta de insulina. ²⁷

De acuerdo, con la American Diabetes Association (ADA): La diabetes (DBT) es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia resultante de los defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas. ²⁸

El Ministerio de Salud Pública (MSP), la Diabetes es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa (es la principal fuente de energía para el metabolismo celular. Se obtiene fundamentalmente a través de la alimentación, y se almacena principalmente en el hígado) en la sangre: hiperglucemia (aumento de azúcar en la sangre). La causan varios trastornos, siendo el principal la baja producción de la hormona insulina. ²⁹

Todas estas definiciones analizadas, concuerda en que la diabetes infantil es una enfermedad metabólica, lo cual hay trabajar mucho en enfatizar sobre educación y mejorar en los hábitos alimentación de los niños/as y jóvenes para así no llegar a complicaciones próximas

2.2.3. CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES

La diabetes infantil, según la Organización Mundial de la salud (OMS), se clasifica en:

- * La diabetes de tipo 1 (anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil), se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina.
- * La diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto), tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.
- * La diabetes gestacional corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo. ³⁰

Según, la Federación Internacional de Diabetes (FID), la diabetes infantil se clasifica:

- * Diabetes tipo 1: Es causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensa del cuerpo ataca las células beta productora de insulina en el páncreas.
- * Diabetes tipo 2: Es el tipo de diabetes más común. Por lo general ocurre en adultos, pero cada vez más aparece en niños y adolescentes. En Diabetes gestacional Las mujeres que desarrollan una resistencia a la insulina y, por tanto, una alta glucosa en sangre durante el embarazo se dice que tienen diabetes gestacional (también conocida como diabetes mellitus gestacional o DMG). ³¹

La Association American Diabetes (ADA), actualizó su clasificación y diagnóstico en: Diabetes tipo 1 (destrucción de células beta y posterior deficiencia absoluta de insulina) y, Diabetes tipo 2 (desde resistencia a la insulina predominante con deficiencia relativa hasta un defecto secretor de la insulina con resistencia).

Teniendo, también otros tipos específicos de diabetes Mellitus.

- * DBT Defectos genéticos en la acción de la insulina.
- * DBT Enfermedades del páncreas exocrino.
- * DBT Endocrinopatías.
- * DBT inducida por drogas o químicos.
- * DBT Infecciones.
- * DBT gestacional: ³²

Entre las 3 clasificaciones analizadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Diabetes (FDI), coinciden en tener los 3 tipos de diabetes, pero la American Diabetes Association (ADA), se ha analizado y demuestra seis diferentes tipos de clasificaciones a más de los dos tipos de OMS y la FDI.

2.2.4. EPIDEMIOLOGÍA EN EL ECUADOR DE LA DIABETES INFANTIL.

En el período 2000 y 2005, se registró un incremento de 1.093.487 consultas preventivas; mientras que entre el 2008 al 2011, el aumento de consultas preventivas fue de 2.345.081, es decir, en los últimos tres años del período analizado, el número de atenciones preventivas se incrementó en más del doble en comparación a los primeros cinco años del Siglo XXI. Estas estadísticas señalan el énfasis de la gestión del Ministerio de Salud Pública (MSP) en “prevenir” en lugar de “curar”, que es parte del nuevo modelo de atención.

Los indicadores de mortalidad infantil con diabetes muestran los resultados de la mejora en el acceso a servicios de salud y de intervenciones de las nuevas políticas de salud, por lo cual son un indicador esencial al momento de valorar un estado situacional del sector.

En Ecuador, la tendencia de la década 2000-2010 de las tasas de mortalidad neonatal e infantil ha ido decreciendo. Las políticas de salud pública tomadas para este logro, especialmente en el período 2007-2011, han estado orientadas a ampliar la cobertura y tomar acciones para la erradicación de la desnutrición infantil.

La diabetes mellitus, es la primera causa de muerte en el país, según estadísticas del INEC 2011. Por esta razón, el Ministerio de Salud Pública (MSP), ha priorizado la Estrategia Nacional de control y atención de las enfermedades crónicas; la cual garantiza la promoción de prácticas saludables, prevención, diagnóstico oportuno, atención, seguimiento clínico y

tratamiento de esta enfermedad. Las principales causas de muerte en el Ecuador durante una década, 2000-2010; han mostrado variabilidad, siendo las enfermedades crónicas las que ocupan los primeros lugares de mortalidad en los ecuatorianos.

Según, los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la hipertensión arterial, enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus, han tenido un incremento en cuanto a mortalidad en general, el cual puede estar relacionado con sedentarismo, malos hábitos de nutrición, sin dejar de lado el componente hereditario de estas patologías. La diabetes mellitus infantil, es un factor de riesgo para desarrollar una enfermedad cerebrovascular, las muertes por estos grupos de enfermedades metabólicas crónicas pueden ser prevenibles con controles adecuados y cambios en el estilo de vida.

Los indicadores de mortalidad infantil muestran los resultados de la mejora en el acceso a servicios de salud y, de intervenciones de las nuevas políticas de salud, por lo cual son un indicador esencial al momento de valorar un estado situacional del sector.

En Ecuador, la tendencia de la década 2000-2010 de las tasas de mortalidad neonatal e infantil, ha sido decreciente. Las políticas de salud pública tomadas para este logro, especialmente en el período 2007-2011, han estado orientadas a ampliar la cobertura y tomar acciones para la erradicación de la desnutrición infantil.³³

2.2.5. CAUSAS DE LA DIABETES INFANTIL

La causa exacta de este tipo de diabetes se desconoce. La más probable es un trastorno auto inmunitario una afección que ocurre cuando el sistema inmunitario ataca por error y destruye el tejido corporal sano. Con la diabetes tipo 1, una infección o algún otro desencadenante hacen que el cuerpo ataque por error las células productoras de insulina en el páncreas.

La tendencia a desarrollar enfermedades autoinmunitarias, incluso la diabetes tipo 1, puede ser hereditaria.³⁴

Algunas causas que se puede mencionar son las siguientes:

- * **GENÉTICAS U HEREDITARIA:** todas las personas con diabetes mellitus tipo 1 son portadoras de características especiales en sus glóbulos blancos (denominadas antígenos HLA DR3 y DR4). Por eso, se supone que existen predisposiciones genéticas como causas importantes de la diabetes mellitus tipo 1. No obstante, hay muchas personas que son portadoras de esta información genética pero no enferman de diabetes.

La probabilidad de que la siguiente generación herede la diabetes mellitus tipo 1 de la madre o del padre es del 2,5 al 5%. Si ambos progenitores son diabéticos tipo 1, el riesgo aumenta al 20%, aproximadamente. El riesgo de que los hermanos enfermen depende de la similitud de los antígenos HLA. Puede ser de hasta un 18% y, apenas aumenta si los antígenos HLA de los hermanos son diferentes. En caso de gemelos monocigóticos, el riesgo de que el hermano del paciente también enferme de diabetes mellitus tipo 1, oscila entre el 30 y el 70%.

- * **INMUNOLÓGICAS:** El sistema inmunológico produce anticuerpos contra el tejido propio del cuerpo, en este caso contra las células insulares del páncreas. Estos anticuerpos antiislotes (ICA), presentes hasta en un 80% de los casos de diabetes tipo 1, destruyen poco a poco las células productoras de insulina. La diabetes mellitus tipo 1, se caracteriza finalmente por una falta absoluta de insulina. La administración de insulina es el único tratamiento para aliviar los síntomas y prevenir las complicaciones.³⁵

✳ **RELACIONADA A SUS ESTILO DE ALIMENTACIÓN:** El sobrepeso es un factor de riesgo para tener esta enfermedad, por lo cual este grupo de edad de estudio deben de tener una alimentación adecuada, equilibrada y balanceada.

✳ **OTRAS CAUSAS:**

- Infecciones.
- Estrés.
- Cirugía.
- Traumatismos.
- Tratamiento con corticoides.
- Enfermedades graves.
- Descompensación de la DM por tratamiento incorrecto: fármacos/dieta/ejercicio.

2.2.6. SÍNTOMAS PRINCIPALES DE LA DIABETES INFANTIL

✳ Cansancio crónico. (astenia).- Es un síntoma presente en varios trastornos, caracterizado por una sensación generalizada de cansancio, fatiga, debilidad física y psíquica; con principal incidencia entre las personas de 20 a 50 años, y mayor preponderancia en las mujeres que en los hombres.

✳ Tener demasiada sed. (polidipsia).- La polidipsia es la denominación médica que se le da al aumento anormal de la sed y, que puede llevar al paciente a ingerir grandes cantidades de líquidos, habitualmente agua.

- ✧ Necesitar orinar a menudo. (poliuria).- En una emisión de un volumen de orina superior al esperado. Es un gasto urinario excesivo.
- ✧ Visión borrosa.- Incapacidad de la agudeza visual del sistema de visión para percibir sus alrededores.
- ✧ Hambre continua (polifagia).- Es el aumento anormal de la necesidad de comer que puede deberse a ciertos trastornos psicológicos o a alteraciones de tipo hormonal.
- ✧ Pérdida súbita de peso.- Es una disminución en el peso corporal que no se hace de manera voluntaria. En otras palabras, la persona no trató de perder peso haciendo dietas o ejercicio.
- ✧ Adormecimiento u hormigueo en manos y pies.- Son sensaciones anormales que pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, pero con frecuencia se sienten en los dedos de las manos, las manos, los pies, los brazos o las piernas.

2.2.7. OTRAS SINTOMATOLOGÍAS DE LA DIABETES INFANTIL

- ✧ Respiración profunda y rápida
- ✧ Boca y piel seca
- ✧ Cara enrojecida
- ✧ Aliento con olor a fruta
- ✧ Náuseas o vómitos, incapacidad para retener líquidos
- ✧ Dolor de estómago

2.2.8 TRATAMIENTO DE LA DIABETES

El objetivo del tratamiento de la diabetes, no es tanto controlar el azúcar en sangre, sino disminuir la tasa de mortalidad. Si la diabetes está descontrolada, en la fase inicial es muy importante conseguir la desaparición de los síntomas derivados de la hiperglucemia: poliuria, polidipsia, cansancio. Se deben evitar las descompensaciones agudas de la enfermedad, y retrasar la aparición o progresión de las complicaciones crónicas: tanto en arterias grandes y corazón (macroangiopatía), como en arterias pequeñas en riñón, retina y nervios (microangiopatía).

Hay que individualizar objetivos; aunque, hay algunas medidas generales y comunes para todos los pacientes, cada diabético necesita un tratamiento individualizado. Como futuras profesionales de la salud, se cumple un rol muy importante en enfermería; la administración de medicación, y es aquí, que debemos tomar principios básicos para la misma; Impartir conocimientos a los padres de familia que tienen a cuyo niño con diabetes para que ya no lo hagan empíricamente sino con conocimientos científicos.

Ayudar a los padres de familia de la fundación, hacerles conocer que no solamente existe en la actualidad un tratamiento clínico u farmacológico sino que existen medidas y métodos para poder mejorar su salud y estilo de vida con tratamiento no farmacológico libre de químicos.

El tratamiento se enfoca en los siguientes farmacológico y no farmacológico:

2.2.9. TRATAMIENTO DE LA DIABETES NO FARMACOLÓGICO

La pérdida de peso es el factor clave para reducir el riesgo de diabetes en personas con alto riesgo y sobrepeso. Sin necesidad de

alcanzar un peso ideal, una reducción moderada del 5-10%, puede ser muy beneficiosa para el control de la diabetes. El control dietético, evitando los azúcares refinados (“dulces” y derivados), la abstinencia tabáquica si se es fumador, y la actividad física, son otras medidas fundamentales para disminuir los riesgos de complicaciones.³⁶

El tratamiento no farmacológico comprende los siguientes aspectos:

DIETOTERAPIA: La alimentación de los niños es muy importante para su desarrollo tanto físico como mental., ya que es uno de los pilares del tratamiento para controlar la diabetes.

Un niño/a con diabetes, puede beneficiarse del mismo tipo de dieta saludable como el de la gente sin diabetes. De hecho, toda la familia puede beneficiarse en conjunto de la misma comida saludable. Aunque los niños con diabetes no tienen que seguir una dieta especial para dicha enfermedad, quizás necesiten prestar más atención a qué hora comen y cuánta comida está en su plato.

Algunas de las metas del plan de alimentación para los niños con diabetes, son las mismas que para otros: Necesitan comidas que les ayuden a tener buena salud, crecimiento normal y un peso saludable. También, los niños con diabetes deben balancear su consumo de carbohidratos con su insulina y los niveles de actividad para mantener sus niveles de azúcar en la sangre bajo control. Además, los niños con diabetes deben consumir comida que les pueda ayudar a mantener en un rango saludable los niveles de lípidos, o grasas, en la sangre (como colesterol y triglicéridos). El comer de esta manera puede ayudar a prevenir algunos problemas de salud a largo plazo que la diabetes puede causar.

Los niños con diabetes enfrentan los mismos desafíos alimenticios como todo el mundo –principalmente-, el de mantener hábitos saludables a través del tiempo. Con tantas tentaciones, puede ser difícil; entonces es importante preparar comidas que el niño disfrute. El plan de alimentación

que usted prepare puede variar, según el programa de control de la diabetes de su hijo, pero con la ayuda del equipo del cuidado de la salud para la diabetes de su hijo, usted puede confeccionar un plan de alimentación para su hijo de acuerdo a sus preferencias y hábitos alimenticios.

OBJETIVO DE LA DIETA PARA LA DIABETES INFANTIL: Suministrar una dieta equilibrada y adecuada con nutrientes esenciales (proteínas, hidratos, grasas, vitaminas y minerales). La dieta debe ser flexible, ya que las necesidades de los niños cambian debido al crecimiento.

- Realizar una dieta que se adapte a toda la familia.
- Asegurar el buen crecimiento ponderal del niño.
- Aportar una dieta de escaso contenido en azúcares simples.
- Aportar una dieta baja en grasas saturadas y colesterol.

La distribución calórica debe ser:

- Proteínas: 20%.
- Grasas: 30%.
- Hidratos de carbono: 50% (20% hidratos de carbono simples, 30% de hidratos de carbono complejos).

HIDRATOS DE CARBONO SIMPLES: Son aquellos azúcares que se absorben en forma rápida y directa, tales como sacarosa, glucosa, fructosa.

HIDRATOS DE CARBONO COMPLEJOS: Son aquellos que se absorben en forma lenta, permitiendo controlar los niveles de glucemia, tales como cereales.

PROTEÍNAS: Deben ser de buena calidad para asegurar el buen crecimiento y desarrollo del niño.

GRASAS: Según los diferentes estudios se ha demostrado que un gran porcentaje de diabéticos pueden desarrollar una futura cardiopatía, por ello es necesario realizar una selección de grasas, para evitar una hipercolesterolemia, el cual sería un factor de riesgo muy importante. Teniendo en cuenta esta situación la dieta debes ser rica en ácidos grasos poliinsaturados Omega 3, Omega 6 y, baja en grasas trans y saturadas.

La alimentación para niños diabéticos es un pilar dentro del tratamiento global, para lo cual es imprescindible tomar conciencia los padres de familia no sólo del presente, sino de la calidad de vida futura de ese niño y para que pueda su niño tener un crecimiento y desarrollo óptimo, Es por esto que a los padres de familias que asisten a la Fundación Aprendiendo a Vivir con Diabetes (FUVIDA), se les recalca y se les brinda nuevos conocimientos en la alimentación de sus niños/ adolescentes.³⁷

ACTIVIDAD FÍSICA Y RECERATIVA: Los niños/as con diabetes pueden hacer ejercicio y practicar deporte al mismo nivel que cualquier otra persona. Pero algunas de ellas, no lo hacen.

Para que los niños/as tengan vitalidad y una buena forma física, tienen que seguir unas pautas alimenticias y nutricionales, aunque están basadas también, en la pirámide nutricional de los alimentos, tienen unas pequeñas variaciones, ya que su constante actividad física y mental lo requiere.

En esta sección hablaremos sobre la Pirámide de la actividad física para niños, también, llamada pirámide nutricional de la actividad física infantil o triángulo alimenticio de la actividad física infantil. Muy en cuenta que la tendencia actual favorece el sedentarismo y eso no es nada bueno ni sano. Hay que incentivar y motivar a los niños para que desarrollen actividades

físicas en el exterior, que corran y jueguen en la calle, y así, compaginando una alimentación sana, crecerán fuertes y saludables.

La actividad física también es importante para prevenir la diabetes tipo 2. Tipos de actividad física que le pueden ayudar. Hay cuatro tipos de actividad que le pueden ayudar. Se recomienda que incluya más actividades físicas en su rutina diaria:

- * Haga ejercicios aeróbicos
- * Haga ejercicios de fuerza muscular
- * Haga ejercicios de estiramiento. ³⁸

Debido al crecimiento tecnológico y, a que no sabemos administrar sus beneficios, estamos sacrificando las bondades de la actividad física. Una gráfica con forma piramidal nos aconseja acerca de los ejercicios físicos y el movimiento que deberían hacer los niños para compensar el sedentarismo.

39

Es de gran importancia impartir y dar a conocer a los cuidadores principales, sobre lo beneficioso que sería si sus hijos/as hicieran alguna actividad física explicada y que no llevaran una vida sedentaria ya que la misma sería perjudicial y los conllevaría a la diabetes mellitus 2 por tal razón se les brinda las debidas capacitaciones a los padres de familia sobre las diferentes tipos de actividad física son convenientes para sus hijos/as

2. 2. 10 TRATAMIENTO DE LA DIABETES FARMACOLÓGICO

El tratamiento de la diabetes tipo I, farmacológico, se basa en la utilización de hipoglucemiantes administrados por vía parenteral (subcutánea), en la diabetes tipo II, se administran Hipoglucemiantes por vía oral. El medicamento antidiabético de referencia para el tratamiento de la diabetes TIPO II, es la metformina. Existen otros grupos de fármacos, cuya

utilidad será valorada por el médico en cada caso; se trata de las sulfonilureas, como gliclazida, glibenclamida, glinidas, y las tiazolindionas o glitazonas.

Como profesionales de Enfermería cumplimos un rol muy importante y de gran responsabilidad en cuanto a la administración de medicamentos, lo cual debemos enseñar a los padres de familia en la administración del medicamento en el caso de los niños insulina, en lugares de punción que debería tomar en cuenta antes y después de la aplicación del fármaco como es de tal manera medir la glucosa del niño.

HIPOGLUCEMIANTES ORALES

Los hipoglucemiantes orales son un conjunto heterogéneo de drogas, que se caracterizan por producir una disminución de los niveles de glucemia luego de su administración por vía oral, cumpliendo con este propósito a través de mecanismos pancreáticos y/o extra pancreáticos.

BIGUANIDAS.- Estas actúan, fundamentalmente a dos niveles: en el músculo, aumentando la entrada de glucosa a las células, y en el hígado, disminuyendo la producción de glucosa al disminuir la neoglucogénesis, la glucogenólisis o ambas.

Por otra parte parecen tener un efecto anorexígeno, contribuyendo a la disminución de peso en los obesos. Los efectos secundarios más frecuentes se producen a nivel gastrointestinal, pudiendo ocasionar, sobre todo al inicio del tratamiento, diarrea, dolor abdominal, náuseas y vómitos y, con menor frecuencia, alteraciones del gusto o malabsorción de la vitamina B12.

El principal riesgo de las biguanidas, es la posibilidad de que produzcan una acidosis láctica que puede llegar a ser mortal. Este riesgo era mayor con la fenformina, siendo muy remoto con las biguanidas actualmente disponibles en el mercado, siempre que no se utilicen en pacientes en los que exista contraindicación: insuficiencia renal, insuficiencia hepática,

insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, infecciones graves o alcoholismo y en general aquellas situaciones que favorezcan una mala perfusión tisular. Por este motivo deben suspenderse antes de la cirugía mayor o de técnicas de imagen que impliquen el uso de contraste iv, pudiendo reintroducirse 48 horas después del procedimiento.

SULFONILUREAS.- Estas, se empezaron a usar para el tratamiento de la DM en los años cincuenta. Su mecanismo de acción primario, es estimular la secreción de insulina por la célula beta pancreática, a través de su unión a un canal potasio dependiente de ATP. ³⁹

HIPOGLUCEMIANTES PARENTERALES

Este es el tratamiento específico de los niños de estudios, por lo que se detallará a continuación, tratamiento que va ser útil en nuestro rol de enfermería, por lo que nos encargamos de dar un verdadero cuidado en ellos.

TIPOS DE INSULINAS

Los avances en genética molecular (tecnología de ADN recombinante), han permitido sustituir la insulina de origen animal por la insulina humana, y la síntesis de nuevas moléculas dirigidas a un mejor control glucémico. En los últimos años se han ido incorporando al mercado distintos tipos de análogos de insulina (de acción rápida y de acción lenta) cuya respuesta resulta más predecible que la de sus homólogos (insulina regular e insulina NPH, respectivamente). En el momento actual hay diferentes tipos de insulinas con distintos perfiles de acción que se utilizan de forma asociada para imitar el patrón de secreción fisiológica.

TABLA 1

<i>Tabla 1. Tipos de insulina y tiempos de inicio de acción, pico máximo y duración</i>					
Tipo insulina	Regular	NPH	AAR	Glargina	Detemir
Inicio acción	30'-45'	1-2 h	10'-15'	2-3 h	1-2 h
Máximo efecto	1-3 h	3-6 h	30'-90'	Poco pico	5-8 h
Duración	5-6 h	8-12 h	3-4 h	20-24 h	12-20 h

AAR: análogos acción rápida (lispro, aspártico y glulisina).

INSULINAS DE ACCIÓN RÁPIDA: Se utilizan fundamentalmente para el control de las glicemias postprandiales, para corregir la hiperglucemia incidental y para el tratamiento ambulatorio de situaciones con cetosis.

INSULINA REGULAR.- (ACTRAPID® O HUMULINA REGULAR®): Aunque no remeda la secreción fisiológica de insulina, se puede usar asociada a insulina intermedia o a análogos de acción lenta o en perfusiones de insulina vía intravenosa. El inicio de su acción es tardío (a la media hora), con un "pico" importante entre 1-2 horas, y una duración prolongada (de 5 a 6 horas). Por este motivo se debe administrar media hora antes de las comidas y es necesario tomar alguna cantidad de hidratos de carbono a las 2-3 horas de su administración para evitar hipoglucemias tardías. Inconvenientes que desaparecen con la utilización de los análogos de acción rápida.

ANÁLOGOS DE INSULINA DE ACCIÓN RÁPIDA (AAR): La modificación de la estructura molecular de la insulina regular (porción C-terminal de la cadena B), logra características farmacocinéticas diferentes, con un comienzo de acción más rápido y un perfil de actividad más corto, que se atribuye a la reducción de la capacidad de autoasociación para formar hexámeros y a una mayor velocidad de disociación de los mismos en el tejido subcutáneo. El inicio de acción más rápido de estas insulinas, permite su administración justo antes de las comidas, e incluso ha demostrado su eficacia administrada tras las tomas, motivo por el que se utiliza en niños pequeños con ingestas caprichosas.

Su vida media es menor, su acción resulta más predecible y reduce la tasa de hipoglucemias con mejor control de la glucemia postprandial. En la actualidad, disponemos de tres AAR: la insulina lispro (Humalog®), la insulina aspártico (Novorapid®) y la insulina glulisina (Apidra®). El perfil farmacocinético de las tres es similar, aunque en la práctica, muestran algunas pequeñas diferencias.

* **INSULINA LISPRO (HUMALOG®):** se obtiene modificando el aminoácido prolina de la posición 28 de la cadena B, por lisina

y, la lisina de la posición 29, por prolina. Su acción empieza a los 10-15 minutos, con un pico a los 30-90 y una duración de 3-4 horas.

- * INSULINA ASPÁRTICO (ASPART®): se obtiene por sustitución de la prolina en la posición 28 de la cadena B, por un ácido aspártico. Inicia su actividad algo más tarde que la insulina lispro y tiene mayor duración.
- * INSULINA GLULISINA (APIDRA®): difiere de la insulina regular en dos aminoácidos, la asparragina de la posición B3, es sustituida por lisina y la lisina de B29, por ácido glutámico. Su acción se inicia algo antes que la insulina lispro. En la actualidad, ya está autorizado su uso para mayores de 6 años.

- * INSULINAS DE ACCIÓN RETARDADA: mejor control de la glucemia postprandial, obtenido con los AAR, solo se traduce en una mejoría del control metabólico, si se asocia a la sustitución adecuada de la insulina basal. La insulina basal ideal, sería aquella de larga duración, que no tuviera pico de acción, reproducible y que imitara la secreción de insulina interprandial de los sujetos sanos. En el momento actual, como insulinas basales se pueden utilizar las insulinas de acción intermedia o los análogos de acción prolongada.

- * INSULINA DE ACCIÓN INTERMEDIA (NPH): se obtiene tras la adición de protamina a la molécula de la insulina, consiguiendo una curva de acción lenta. Tiene un perfil de actividad con una duración inferior a 12 horas, que obliga a administrarla varias veces al día. Además, presenta gran variabilidad de absorción y acción (tanto inter- como intraindividual de hasta un 68%), que dificulta en muchas ocasiones su manejo. Por otro lado, su pico de acción pronunciado incrementa el riesgo de hipoglucemias tardías, especialmente durante la noche, y obliga a horarios de ingesta más rigurosos.

ANÁLOGOS DE ACCIÓN PROLONGADA: Los dos análogos de acción prolongada que existen en la actualidad presentan un perfil de actividad más fisiológico: menor pico de acción y actividad más predecible, y por tanto son mejores sustitutos de la insulina basal. Son la insulina glargina y la insulina detemir.

* INSULINA GLARGINA (LANTUS®).- Se obtiene mediante técnicas de recombinación genética, al añadir a la insulina humana dos moléculas de arginina en la región C-terminal de la cadena B y sustituir la asparagina por glicina en la posición A21 de la cadena A. Cuando se administra por vía subcutánea forma un microprecipitado al pH del tejido celular subcutáneo, lo cual retrasa su absorción y aumenta su duración, permitiendo un aporte constante de insulina que remeda mejor la secreción basal de insulina fisiológica. El inicio de la actividad es a las 2 horas, la duración de 22 horas con una acción bastante plana y una variabilidad cercana al 48%. El mayor riesgo de hipoglucemia ocurre a las 6-8 horas de su administración, por eso algunos pacientes se la administran por la mañana o al mediodía, en vez de por la noche, para evitar hipoglucemias nocturnas. La insulina glargina, es igual de eficaz administrada a cualquier hora del día. Esta insulina no se puede mezclar con otras insulinas.

* INSULINA DETEMIR (LEVEMIR®).- Análogo de insulina soluble, obtenido por la unión a la molécula de la insulina de un ácido graso (ácido mirístico) que se liga a los receptores presentes en la albúmina de forma reversible, de manera que enlentece su absorción y se prolonga su acción. Esta insulina se une a la albúmina en un 98%, y, solo su fracción libre puede actuar sobre los receptores de insulina de las células diana. Es soluble a pH neutro, por lo que tras su inyección subcutánea permanece líquida y, por tanto, con menor variabilidad en su absorción. Tiene menos potencia hipoglucemiante que la insulina NPH, obtiene mejores niveles de glucemia en ayunas, con menos

variabilidad y menor ganancia de peso. En el niño y el adolescente hay que administrarla dos veces al día, ya que su duración de hasta 20 horas solo se alcanza con dosis altas.

RÉGIMEN DE TRATAMIENTO INSULÍNICO.- En la DM1, las pautas de insulina deben ser individualizadas y adaptadas a las características y perfil glucémico de cada paciente. La insulinoterapia forma parte del tratamiento global, en el que a través de la educación diabetológica se obtienen los conocimientos necesarios para realizar correctamente cambios en la dieta, el ejercicio y/o la insulina, con el objetivo de mantener glucemias lo más cercanas a la normalidad. Esto exige realizar autoanálisis de glucemia capilar varias veces (media de 5-6 controles glucémicos al día), para conocer su situación metabólica y poder alcanzar los objetivos del tratamiento. Esta monitorización y auto-control es uno de los pilares fundamentales del tratamiento.

La elección del tipo de insulina y el régimen de administración varía en función de: edad del paciente, duración de la diabetes, estilo de vida, capacidad familiar y personal de aprendizaje, cumplimiento terapéutico y cobertura, y capacitación de la unidad de diabetes pediátrica. En la edad pediátrica, es necesario con frecuencia cambiar de un régimen insulínico a otro, para conseguir los objetivos terapéuticos deseados

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DEL CONTROL DE INSULINA

Los valores de glucemia recomendados en los niños con DM1, son los siguientes:

- En ayunas y antes de cualquier comida: entre 80 y 140 mg/dl.
- Horas después de cualquier comida: entre 100 y 180 mg/dl.
- A las 3 de la madrugada: por encima de 80 mg/dl.

Cualquier cifra que se encuentre por encima de estos valores, se considera hiperglucemia, y cualquier cifra por debajo de 70 mg/dl, se considera hipoglucemia. Hoy día, con los sistemas de infusión continua de insulina subcutánea, los objetivos glucémicos tienden a ser más bajos, intentando ser más parecidos a la normalidad. En cualquier caso, estos

objetivos deben ser individualizados, evitando sobre todo las hipoglucemias en los niños más pequeños. Todas están sometidas a variabilidad inter e intraindividual, por lo que el ajuste de dosis ha de realizarse de forma específica para cada paciente, según, la medición de los niveles de glucemia en sangre.

Últimamente, se han desarrollado nuevos tipos de insulina mediante técnicas de recombinación genética, los denominados análogos de insulina. También pueden ser de acción rápida, mezclas, o de acción lenta. Estos últimos producen una liberación de insulina sostenida, más lenta y sin picos, por lo que su riesgo de hipoglucemias es más bajo, y son las que actualmente están más en auge. Las representantes de este último grupo son la insulina gliargina y la insulina detemir.⁴⁰

Los niños de nuestro campo de estudio de la Fundación Vivir con Diabetes, todos los niños/as y jóvenes son insulino dependiente, lo cual nosotros como Futuras profesionales de Enfermería cumplimos un rol muy importante, lo cual es la administración de medicación, en donde debemos valorar al infante y utilizar los 10 correctos de la administración de medicamento que son:

1. Administrar el medicamento correcto
2. Verificar la fecha de vencimiento del medicamento
3. Administrar el medicamento al Paciente correcto
4. Administrar la Dosis correcta
5. Administrar el medicamento a la hora correcta
6. Vía de administración correcta
7. Educar e informar al paciente sobre el medicamento.
8. Indagar sobre posibles alergias a medicamentos.
9. Generar una historia farmacológica completa.
10. Registrar todos los medicamentos administrados

Si no se lleva en cuenta estos 10 correctos de la administración de medicamento, podrían ocurrir consecuencias algunas.

2.2.11. FACTORES DE RIESGO

Otros aspectos a tener en cuenta en el tratamiento de la diabetes es que, además de las medidas específicas encaminadas a controlar el azúcar, siempre hay que mantener bajo control otros factores de riesgo como la hipertensión y el colesterol. En la mayoría de los casos, también es necesario utilizar fármacos para tratar estos problemas. El beneficio del tratamiento farmacológico es máximo en los pacientes de alto riesgo, es decir, aquellos que tienen la diabetes peor controlada y presentan otros factores de riesgo asociados, como colesterol, obesidad. Es imprescindible cumplir bien el tratamiento prescrito por el médico y ser lo más escrupuloso posible en el seguimiento de las medidas dietéticas. Hay que conocer los efectos secundarios y aprender a reconocer las hipoglucemias y cómo tratarlas.

Existen determinados factores asociados al desarrollo de la diabetes. Algunos factores, como la genética y la historia familiar, por ejemplo, están fuera de nuestro control para prevenir la enfermedad. Sin embargo, podemos cambiar nuestros hábitos alimenticios, los niveles de actividad y el peso corporal para disminuir el riesgo de padecer diabetes. La pérdida de cinco kilos en una persona es suficiente para disminuir significativamente el riesgo de contraer la enfermedad.⁴¹

La prevención es la mejor forma de evitar problemas del corazón en épocas posteriores de la vida. Controlar desde la infancia el mayor número posible de factores de riesgo, le ayudará a su hijo a reducir el riesgo de sufrir enfermedades del corazón cuando sea adulto.

- Presión arterial alta (hipertensión arterial)
- Colesterol elevado

- Tabaquismo
- Obesidad
- Inactividad física ⁴²

2.2.12. RELACIÓN DE LA DIABETES Y EL NIÑO

Existe una estrecha relación en niños y adolescentes con Diabetes, ya que esta puede aparecer en las primeras semanas de vida, por lo cual los padres de familia merecen conocer sobre esta disfunción metabólica, y así tener el apoyo social, económico, cultural necesario teniendo en cuenta que en el periodo de escolaridad, y durante la pubertad es cuando más información deben de tener sobre la disfunción, se hace evidente, por lo cual explicar el método insulino dependiente que ellos requieren, por lo cual los niños se van desarrollando intelectualmente y requieren de una información clara precisa y concisa .

Todas las glándulas endócrinas influyen en el crecimiento y desarrollo, pero el rol principal sobre el crecimiento, se atribuye a la somatotrofina u hormona del crecimiento (GH, growth hormone). La somatotrofina, aumenta el crecimiento óseo en longitud al estimular los cartílagos de conjugación de los huesos largos y actuar sobre las síncondrosis basicraneales. Por otro lado, estimula la formación ósea a nivel del periostio. La acción de esta hormona es importante en el desarrollo del cráneo y del cartílago condilar, de las articulaciones témpora-mandibulares, además de los estímulos funcionales.

Los efectos fisiológicos de esta hormona, no se ejercen a través de ninguna glándula efectora, sino que a diferencia de otras hormonas hipofisarias, tiene una acción directa sobre la mayoría de los tejidos del organismo. Además de estimular el crecimiento corporal, ejerce múltiples efectos metabólicos específicos como: aumentar la síntesis de proteínas en casi todas las células del organismo; favorecer la movilización de ácidos grasos del tejido adiposo, incrementando la cantidad de ácidos grasos libres

en la sangre para su utilización como fuente de energía; y disminuir la cantidad de glucosa captada por las células.

Bajo la influencia de una cantidad excesiva de hormona de crecimiento, la movilización de las grasas del tejido adiposo puede ser tan elevada que el hígado forme grandes cantidades de ácido acetoacético y, al liberarlo a los líquidos corporales cause cetosis. La somatotropina, no afecta el crecimiento fetal ni es importante en los primeros meses de vida. Resulta esencial para la tasa normal de desarrollo del cuerpo durante la niñez y la adolescencia. La GH es segregada por la hipófisis anterior durante toda la vida y, continúa siendo importante desde el punto fisiológico, incluso después de que cesa el crecimiento. Es uno de los factores fisiológicos más importante que contrarresta y de esta forma modula algunas de las acciones de la insulina sobre el músculo, el tejido adiposo, el hígado y los tejidos periféricos.

La creencia que el deterioro del control metabólico en adolescentes con diabetes tipo 1, era solo el resultado de los factores conductuales y psicosociales característicos de esta etapa, no considera la importancia de los cambios fisiológicos del metabolismo y la sensibilidad a la insulina. Los requisitos insulínicos aumentan entre un 30 y 50%, durante la pubertad; en estos pacientes al aumentar la insensibilidad a la insulina por ser mayor la secreción de la hormona de crecimiento y los esteroides sexuales, en esta etapa de la vida. La dosis diaria de insulina administrada, se debe incrementar durante la pubertad por la mayor resistencia a la insulina, en este período relacionado con los altos niveles circulantes de hormona de crecimiento.

El mayor porcentaje de los niños diabéticos presentan, al debut de la fase clínica la clásica tríada de poliuria, polidipsia y polifagia, asociado o no a otros síntomas, como: pérdida de peso, poca talla, fatiga, trastornos emocionales, cambios en la conducta escolar, susceptibilidad a infecciones micóticas, entre otros. En la fase preclínica, el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1, se realiza al detectarse la presencia de anticuerpos

humorales característicos, buscados en especial por antecedentes familiares de diabetes.

Las consecuencias producidas en los niños/as y jóvenes que poseen Diabetes Infantil, y no han sido bien controladas, pueden ocurrir las siguientes complicaciones:

2.2.13. COMPLICACIONES DE LA DIABETES INFANTIL

- * **CETOACIDOSIS DIABÉTICA.**- Complicación metabólica aguda propia de la diabetes mellitus tipo 1, aunque también la podemos encontrar en la diabetes tipo 2, en situaciones de estrés. Se produce como consecuencia de un déficit relativo o absoluto de insulina que cursa con hiperglucemia generalmente superior a 300 mg/dl. ⁴³

- * **RETINOPATÍA DIABÉTICA.**- La retinopatía es la afección del microvascularización retiniana. La retina es la estructura ocular más afectada por la diabetes, pero la enfermedad puede afectar a cualquier parte del aparato visual, provocando la oftalmopatía diabética en la que, aparte de la retina se puede afectar el cristalino (cataratas: 1,6 veces más frecuentes en la población diabética, con aparición en edad más temprana y progresión más rápida), la cámara anterior (glaucoma de ángulo abierto: 1,4 veces más frecuente en los diabéticos), la córnea, el iris, el nervio óptico y los nervios oculomotores.⁴⁴

- * **NEFROPATÍA DIABÉTICA.**- La nefropatía diabética es la causa principal de insuficiencia renal en el mundo occidental y, una de las complicaciones más importantes de la diabetes de larga evolución. Alrededor del 20-30% de los pacientes diabéticos presentan evidencias de nefropatía, aumentando la incidencia sobre todo a expensas de los diabéticos tipo 2, mientras que en los tipo 1, dicha incidencia tiende a estabilizarse o incluso a descender. ⁴⁵

* NEUROPATÍA DIABÉTICA.- La neuropatía diabética es la gran desconocida, la gran olvidada de las complicaciones crónicas de la diabetes. No existe una clasificación unánimemente aceptada de neuropatía diabética, según la presencia de síntomas y/o signos de disfunción nerviosa en personas con diabetes; no obstante, y basándonos en la forma de presentación clínica y a pesar de la existencia de cuadros mixtos y de que diversas formas pueden estar presentes en un mismo paciente. ⁴⁶

2.2.14. ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1:

La diabetes mellitus tipo 1, afecta el crecimiento y la remodelación ósea en niños y jóvenes, resultando una reducción en la densidad y espesor de la cortical ósea. Los pacientes bien controlados tratados con insulina exhiben una tasa de formación normal de matriz y hueso.

Holl y Col., demostraron una reducción significativa de talla en pacientes pediátricos con inicio de diabetes tipo 1, en la etapa prepuberal. El control metabólico insuficiente se relaciona con menor ganancia de talla en niños diabéticos de ambos sexos. Las niñas con diagnóstico prepuberal de diabetes tipo 1, sin adecuado tratamiento, además de padecer reducción del crecimiento en altura tienen tendencia al sobrepeso a partir del inicio de la pubertad. Sin embargo, en las niñas la talla final alcanzada registra una ligera pérdida de ganancia respecto a los valores de normalidad, en comparación con la mayor pérdida que sufren los varones.

La maduración sexual es más tardía en las niñas diabéticas tipo 1, respecto a niñas sin esta patología, con edad de menarca, posterior a la edad promedio. La maduración sexual en varones también está retardada. Los órganos dentarios pueden sufrir alteraciones en su estructura durante el desarrollo, por la presencia de factores ambientales de la región oral, como

infecciones bacterianas y víricas. El pobre control de la glicemia puede aumentar la incidencia y acelerar la progresión de todos estos procesos.⁴⁷

Analizando el buen control metabólico del paciente niño y adolescente con diabetes tipo 1, mejorará el pronóstico de ganancia de talla, lo cual representa una importante motivación del paciente y sus familiares en lograr dicho objetivo tanto así se debe de hacer la respectiva educación a los cuidadores principales. La edad de inicio y duración de la enfermedad influyen en el crecimiento de estos niños. La estatura alcanzada por los pacientes diagnosticados antes de la pubertad, es menor que la de los pacientes con inicio de la enfermedad en edades puberales o pospuberales. A mayor evolución de la enfermedad menor será la ganancia de talla en ambos sexos. El crecimiento y desarrollo normal es uno de los logros del tratamiento de los pacientes con diabetes tipo 1, desde fases iniciales de la enfermedad.

2.2.15. ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Como futuras licenciadas de enfermería, estando en los roles esenciales de nuestra profesional, cabe mencionar que nos dedicamos básicamente al cuidado de la salud basados en diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeros con promoción, prevención de salud; contribuyendo a estilos de vida saludables que se manifiestan en niños y adolescentes. El singular enfoque enfermero, se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud. Desde otra perspectiva, puede suplir o complementar el cuidado de los pacientes desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico.

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos en todos los contextos e, incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos discapacitados y personas moribundas. Las funciones esenciales

de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y, en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación.

Una vez analizado el marco teórico de referencia de la disfunción de estudio, como futuras profesionales, debemos enfocarnos a modelos y métodos de enfermería, para lo cual hemos escogido a Kathryn E. Barnard, con su "Modelos de interacción Padre-Hijo, que se basa en proceder de la psicología y del desarrollo humano, y se centra en la interacción madre-niño con el entorno. Esta teoría se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar el nivel de conocimiento que poseen los padres de familia con respecto a las características físicas, la alimentación, la enseñanza y el entorno que les rodea.

Indica a trabajar con el cuidador principal, impartándole conocimientos sobre los cuidados que le debe brindar a su hijo, y poder así, brindarle un mejor y sano estilo de vida a través de la infancia. Sostiene que este sistema está influido por las características individuales de cada miembro, que pueden modificarse de manera que satisfagan las necesidades del sistema. Propone que la elaboración de instrumentos de valoración para determinar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño, considerando al conjunto padres-hijo, como un sistema interactivo.

También define la modificación como una conducta adaptativa de la siguiente manera:

1. Claridad de los mensajes del niño (características del niño). Para participar en una relación sincronizada, el niño debe enviar señales a la persona que lo cuida. Cuando un niño se manifiesta con señales confusas o ambiguas, puede deteriorarse la capacidad de adaptación de los cuidadores.

2. Respuesta del niño al cuidador (características del niño). Al igual que el niño debe enviar señales a sus padres para reclamar cambios de actitud de ellos, también, deben aprender a leer los signos que estos le transmiten para adaptar a su vez su conducta. Obviamente, si el niño no responde a las claves que le envíen las personas que lo cuidan, no será posible la adaptación.
3. Sensibilidad de los padres a las señales de los niños (características del padre). Los padres, igual que los niños, deben ser capaces de leer con precisión las señales que se comunican para modificar su actitud en el sentido oportuno. Pero además, existen otras influencias que actúan sobre la sensibilidad de los padres. Cuando están preocupados por otros aspectos de sus vidas, como los laborales o los económicos, los conflictos emocionales o las tensiones matrimoniales, es posible que no alcancen su grado normal de sensibilidad. Solo cuando se mitigan estas tensiones, los padres serán capaces de leer adecuadamente los signos que transmiten sus pequeños.
4. Capacidad de los padres para aliviar el malestar del niño (características del padre). Algunas señales enviadas por el niño, indican la necesidad de que los padres le ayuden. La eficacia que estos demuestran para aliviar las tensiones de sus hijos depende de varios factores. En primer lugar, han de darse cuenta de la existencia de estas tensiones. Después, han de conocer la acción adecuada que puede mitigarlas. Por último, deben estar en buena disposición para poner en práctica este conocimiento.
5. Actividades de los padres que fomentan el crecimiento social y emocional (características del padre). La capacidad para emprender actividades que fomenten el crecimiento social y emocional, depende de la adaptación global de los padres. Estos, han de ser capaces de

mostrar afecto al niño, de comprometerse en interacciones sociales como las que se asocian a la alimentación...

Como futuras profesionales de la salud, hemos escogido esta teoría que procede del desarrollo humano y se centra en la interacción madre-niño con el entorno. Esta teoría se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar su nivel de conocimientos sobre lo que con lleva, la enseñanza y el entorno. Resalta la importancia en la interacción madre-hijo y el entorno, permitiendo el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas.

2.2.16. MARCO LEGAL

Al llegar a analizar el respectivo marco legal, hemos creído necesario tener que determinar los objetivos de desarrollo del milenio para poder llegar a destacar el propósito del mismo.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, también conocidos como Objetivos del Milenio (ODM), son ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000, que los 189 países, miembros de las Naciones Unidas, acordaron conseguir para el año 2015. Estos objetivos tratan problemas de la vida cotidiana que se consideran graves y/o radicales.

Los ocho objetivos son:

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.
- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.

- Objetivo 5: Mejorar la salud materna.
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Para nuestro trabajo de grado, es de gran importancia llegar a enfocar los objetivos que se relacionan en nuestro campo de estudios, tales como:

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil, ya que este nos ayudará a que por diabetes infantil, no haya más muertes, sino poder impartir lo que es conocimientos y educación a los cuidadores principales.

DERECHOS DE LOS NIÑOS

En el Código de la Niñez y la Adolescencia, en el Título tercero, hace referencia de una manera más detallada sobre los derechos, dividiéndolos en cuatro grandes grupos así:

- Derechos de supervivencia.
- Derechos relacionados con el desarrollo.
- Derechos de protección.
- Derechos de participación.
- Derechos de supervivencia.

En este grupo tenemos los siguientes derechos:

- A la vida.
- A conocer a sus progenitores y mantener relaciones afectivas personales, regulares, permanentes con ellos y sus parientes.

- A tener una familia y a la convivencia familiar, niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse con su familia biológica excepto cuando esto sea imposible o vaya en contra de su interés superior.
- Protección prenatal.
- A la lactancia materna, para asegurar el vínculo afectivo con su madre y un adecuado desarrollo y nutrición.
- Atención en el embarazo y parto, en condiciones adecuadas, tanto para el niño o niña como para la madre, especialmente en caso de madres adolescentes.
- A una vida digna, en condiciones socioeconómicas que permitan su desarrollo integral, una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente; recreación y juegos, a educación de calidad, vestuario y vivienda con todos los servicios básicos.
- A la salud, acceso permanente a servicios de salud públicos y medicinas gratuitas.
- A la seguridad social, a sus prestaciones y servicios.
- A un medio ambiente sano.

DERECHOS RELACIONADOS CON EL DESARROLLO

- A la identidad, a un nombre, nacionalidad, relaciones de familia.
- A conservar, desarrollar, fortalecer y recuperar la identidad cultural, así como los valores espirituales, culturales, religiosos, lingüísticos,

políticos y sociales. Se deberá respetar la cultura de pueblos indígenas y negros o afroecuatorianos, su cosmovisión, realidad cultural y conocimientos de cada pueblo o nacionalidad.

- A la identificación, deberán ser inscritos de manera inmediata y con los correspondientes apellidos paterno y materno.
- A la educación que sea de calidad, respete la cultura del lugar, convicciones éticas, morales, religiosas. La educación pública es gratuita y laica. Las instituciones educativas deberán brindar este servicio con equidad, calidad y oportunidad. Los padres y madres tienen la obligación de matricular a sus hijos e hijas en planteles educativos y elegir la educación que más les convenga. Queda prohibida la aplicación de sanciones corporales, psicológicas que atenten a la dignidad de los niños, niñas y adolescentes, la exclusión o discriminación por una condición personal o de sus progenitores.
- A la vida cultural, a participar libremente en expresiones de carácter cultural.
- A la información, a buscar y escoger información, que sea adecuada, veraz, pluralista y que brinde orientación y educación crítica.
- A la recreación y al descanso, al deporte, a la práctica de juegos en espacios apropiados, seguros y accesibles, y en especial de juegos tradicionales.

DERECHOS DE PROTECCIÓN

- A la integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. Se prohíben los tratos crueles, degradantes o tortura.

- A la libertad personal, dignidad, autoestima, reputación, honor e imagen propia.
- A la privacidad, inviolabilidad del hogar y las formas de comunicación. Tienen derecho a que se respete la intimidad de su vida familiar y privada, inviolabilidad de domicilio correspondencia, comunicación electrónica y telefónica, o cualquier intromisión de manera ilegal o arbitraria, se exceptúa la vigilancia natural de los padres, madres y maestros.
- A la reserva de la información sobre antecedentes penales, no se hará pública la información sobre antecedentes policiales o judiciales, en el caso que los o las adolescentes hubiesen sido investigados o privados de la libertad por el cometimiento de una infracción penal.
- A que los niños, niñas y adolescentes con discapacidades o necesidades especiales gocen de los derechos que les permita un desarrollo integral de las capacidades y el disfrute de una vida digna, plena y con la mayor autonomía posible. Además deberán ser informados de las causas, consecuencias y pronóstico de su discapacidad.
- Los hijos e hijas de personas privadas de la libertad, que no gocen de su medio ambiente familiar, el Estado deberá brindarles protección y asistencia especial.
- A protección especial en caso de desastres y conflictos armados; se tomará medidas de atención prioritaria como son: evacuación de la zona afectada, alojamiento, alimentación, atención médica y medicinas. Está prohibido la participación o reclutamiento de niños, niñas o adolescentes en conflictos armados internos o internacionales.

- Los niños, niñas y adolescentes refugiados tienen derecho a recibir atención humanitaria que permita el disfrute de sus derechos.

DERECHOS DE PARTICIPACIÓN

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a:

- La libertad de expresión, buscar, recibir, difundir ideas salvo aquellas que atenten el orden público, la salud, la moral pública o los derechos y libertades de las demás personas.
- A ser consultados en asuntos que les afecte.
- A la libertad de pensamiento, conciencia y religión.
- A la libertad de reunión de manera pública y pacífica.
- A la libertad de asociación con fines lícitos, sin fines de lucro, especialmente para asociaciones estudiantiles, deportivas, culturales, laborales o comunitarias.⁴⁸

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR DEL 2008

Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de

salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La Red Pública Integral de Salud, será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

En la Ley Orgánica de Salud hemos llevado a cabo detallar el art 6 y 69 ya que ambos tienen relación a nuestra temática de estudio.

Art. 6 .numeral 2: Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud”.

Numeral 6 “Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera”.

Art. 69. La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónicas degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

Al detallar algunos artículos en el marco legal, nos hemos dado cuenta que los niños están amparados por la ley del Ecuador.

Al saber de leyes y artículos que amparan con responsabilidad y respeto a todos los niños y adolescentes que padecen alguna enfermedad metabólica o discapacidades, física e intelectual, porque son seres humanos con las mismas oportunidades y capacidades dentro de la sociedad donde se están adaptando, teniendo ventajas, deberes y derechos, puesto que ellos también, se puedan regir y tener empoderamiento de sus propios derechos en las ocasiones que sean necesarias para su integridad, biopsicosocial, e intelectual.

2.2.17. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- ❖ **GLUCOSA:** El azúcar principal que se encuentra en la sangre y la principal fuente de energía; también llamada glucosa sanguínea.

- ❖ **DIABETES/ DIABETES MELLITUS:** Con frecuencia conocida simplemente como diabetes. Los azúcares están altos porque no hay suficiente insulina o porque la insulina no es efectiva. Los tipos de diabetes más comunes son la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2.

- ❖ **DIABETES TIPO 1:** Enfermedad autoinmune que se presenta en personas con predisposición genética por influencia de factores desencadenantes (virus, toxinas, alimentos...) que llevan a la destrucción de las células beta del páncreas que ocasiona una disminución progresiva de la secreción de insulina.

- ❖ **DIABETES TIPO 2:** Enfermedad que se presenta en personas con predisposición genética que llevan un estilo de vida “diabetogénico” (sedentarismo, obesidad, dieta opulenta, etc.). Cursa con un déficit relativo de insulina y resistencia de los tejidos periféricos a la acción de la insulina, la cual cosa produce hiperglucemia.

- ❖ **CETOACIDOSIS DIABÉTICA (CAD):** Esta es una emergencia médica causada por no tener insulina suficiente. Sin insulina, el cuerpo descompondrá la grasa y músculos para obtener energía y fabricará cetonas. Los signos de CAD son náuseas y vómitos, dolor de estómago, aliento a fruta y respiración rápida. La CAD sin tratar puede llevar al coma y muerte.
- ❖ **HORMONA:** Químico que elabora el cuerpo para que lo ayude a funcionar de diferentes maneras. Por ejemplo, la insulina es una hormona que se produce en el páncreas para ayudar al cuerpo a usar la glucosa como energía.
- ❖ **METABOLISMO:** El metabolismo es el proceso que usa el organismo para obtener o producir energía por medio de los alimentos que ingiere.
- ❖ **GLUCEMIA CAPILAR:** Medición a tiempo real de los valores de glucemia mediante el análisis de la sangre extraída con una punción en el dedo. Para realizar el análisis se requiere un pinchado (dispositivo que contiene una aguja y permite hacer el pinchazo en el dedo para extraer la sangre) y un reflectómetro (aparto que analiza la muestra de sangre extraída y da un valor de glucemia).
- ❖ **CETOSIS:** Presencia de cuerpos cetónicos en sangre. Los cuerpos cetónicos se producen cuando el organismo quema grasas para obtener energía. Esto indica que no se está utilizando el substrato preferente, la glucosa. Este hecho se da por ausencia de insulina (hormona encargada de que los tejidos puedan utilizar la glucosa procedente de los alimentos (por lo tanto la cetosis estaría asociada a hiperglucemia) o por ayuno prolongado. Los síntomas más frecuentes son mal aliento y vómitos.
- ❖ **SOMATOTROPINA:** Hormona del crecimiento. Es un péptido segregado por la hipófisis anterior del cerebro. Estimula la síntesis de

proteínas en todas las células del cuerpo. Actúa sobre todo durante la niñez y la adolescencia. En cambio afecta poco al crecimiento del feto y del bebé en los primeros meses de vida.

- ❖ **ENFERMERIA:** La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.

- ❖ **CONOCIMIENTO:** Cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida en que están activas.

- ❖ **CUIDADO:** Asistir, guardar, conservar.

2.3. VARIABLE

2.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Nivel de conocimiento de los padres. Es toda aquella información, concepto o idea que posee la madre o padres de familia acerca de lo que es la diabetes infantil.

2.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Cuidado de la salud de los niños con diabetes. El cuidado de la salud es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo o a nivel objetivo.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Nivel de conocimiento.

DIMENSION	INDICADOR	ESCALA		
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Sexo	Masculino Femenino		
	Edad	Abierta		
	Dirección	Abierta		
	Escolaridad	Primaria	Completa	Incompleta
		Secundaria	Completa	Incompleta
		Superior	Completa	Incompleta
		Otros		
	Estado civil	soltero/a casado/a viudo/a divorciado/a unión libre otros (cual)		
	Ocupación	Abierta		
	Composición familiar	Padre e hijos Padres con familiares y sus hijos Solo padre o madre e hijo Otros; ¿cuál?		
	Número de hijos	Abierto		
	Edad y sexo de cada uno de sus hijos	Primero segundo tercero Cuarto Otros (cuál)	Abierto	
Algún miembro de la familia padece diabetes	Mamá Papá Abuelo paterno Abuela paterna Abuelo materno Abuela materna Hijos /as ninguno			

VARIABLE DEPENDIENTE CUIDADO DE LA SALUD		
CONOCIMIENTO DE DIABETES	tipo de diabetes tiene su hijo/a	Diabetes Mellitus tipo 1 Diabetes Mellitus tipo 2
	Hace cuántos años padece su hijo/a diabetes.	Desde el Nacimiento Hace 6 meses Hace 1 años Hace 2 años Hace 3 años Otros (Cuántos)
	significado de diabetes	Enfermedad del riñón Enfermedad del corazón Enfermedad del páncreas Ninguna de las anteriores
	valor normal de la glucosa	Menor 70 mmhg Entre 70- 100 mmhg Mayor 100 mmhg
	Complete la información del cuadro lo que significa hiperglicemia e hipoglicemia.	¿Qué es para usted? Valor en su hijo Signos

MANEJO DEL TRATAMIENTO	Causas de la diabetes	Daño en células del páncreas Déficit de alimentación Sedentarismo Genéticas
	Complicaciones a futuro puede tener su hijo/a	Mala circulación Afectación a un musculo Desmayo Ninguna de las anteriores
	En que afecta la diabetes a su hijo/a.	Peso y talla Estado emocional Estado psicológico Ninguna de las anteriores Otras. ¿Cuál?
	Tratamiento está administrando a su hijo/a	Hipoglucemiantes orales Insulina subcutánea Dieto terapia Rendimiento Escolar Otras ¿Cuál?
	Sitio de inyección donde aplica la insulina	Brazos Muslos Alrededor del ombligo Otros. ¿Cuál?
	Productos saludables para la alimentación de su hijo/a	Pollo, carne, fruta, agua Hamburguesas, papi pollo, cola Arroz, fideo, cola, harina Pescado, vegetales, frutas Otros. ¿Cuál?

	Dentro de las actividades recreativas de su hijo/a	Descansar Hacen deporte Comen Sedentarismo Otros. ¿Cuál?
COMPONENTE AFECTIVO	El diagnóstico de la diabetes ha influido en la vida de su hijo/a.	Si No
	La diabetes dificulta la integración de su hijo/a en la escuela o colegio	Si No
	Reacción tienen los profesores al saber que su hijo/a padece de diabetes	Indiferencia Ayudan en el cuidado Ninguna reacción Sienten temor Desconocimiento Otras. ¿Cuál?
	Alguno de los cónyuges se ha visto obligado a modificar su vida laboral para atender a su hijo/a	Si No
	Asiste con frecuencia a las capacitaciones que hacen en la fundación.	Siempre Casi todos Algunas veces Muy pocas No asiste
	Los conocimientos sobre diabetes en la fundación son para Ud. y su hijo.	Muy satisfactorio Satisfactorio Poco satisfactorio Nada satisfactorio
	Sugerencias a la fundación	Abierta

CAPÍTULO III METODOLOGIA

En este capítulo, se presenta el proceso que se llevó a cabo para realizar este estudio. El mismo incluye las características de la población y selección de la muestra, la descripción del instrumento, la validación del instrumento, el procedimiento, el análisis estadístico y la importancia del estudio.

3.1. ENFOQUE:

El presente estudio de investigación tiene un enfoque cualitativo, ya que permite reconocer el nivel de conocimiento que tiene los padres sobre el cuidado de la salud de los niños y adolescentes que padecen de diabetes.

3.2. TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo transversal porque permite especificar aspectos característicos, los estudios descriptivos se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es, de campo porque se obtendrá de fuentes originales del lugar de investigación, determinando el grado de correlación entre la variables.

Describe la situación obtenida de la variable investigada.

3.3. DISEÑO DEL ESTUDIO

SUJETO DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en la Fundación Vivir con Diabetes (FUVIDA) ubicada en Samanes 6 Mz. 978 V. 2 El establecimiento nació en el año 1998 y se encuentra legalmente constituida desde el año 2006, tiene un tiempo de construcción de 17 años.

El ambiente donde se lleva a cabo las actividades recreativas y educativas se encuentra en buen estado.

POBLACIÓN

La población de estudio fue de 70 Padres de Familias que asisten regularmente a la Fundación Aprendiendo a Vivir con Diabetes (FUVIDA).

MUESTRA

Participaron en la investigación 40 padres de familia de niños y adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1, seleccionados en forma aleatoria simple. Las edades de niños y adolescentes oscila entre de los 6 meses de nacido – 17 años.

Se escogieron a los padres de familia de la Fundación Aprendiendo a Vivir con diabetes de forma aleatoria, ya que fueron los que asisten con mayor regularidad a la Fundación

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas utilizadas en el estudio de investigación fueron:

1.- Revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias relacionadas con el tema de investigación.

2.- La entrevista que nos permitió obtener información subjetiva a través del dialogo con los padres familia de la Fundación Aprendiendo a Vivir con Diabetes.

3.- La encuesta nos permitió recabar datos socio familiares y de conocimiento sobre la enfermedad para así extraer información necesaria. La misma que tuvo como objetivo obtener información acerca del nivel de conocimientos que tienen las madres y los padres de familia sobre la enfermedad que padecen sus hijos /as.

4.- Para realizar la encuesta se elaboró un cuestionario con 29 reactivos de selección de la alternativa.

5.- Previo a la explicación y orientación sobre la investigación y el cuestionario, se hizo firmar el consentimiento informado para cada uno de los padres de familias.

3.5. PROCEDIMIENTOS.

Gestión para legalizar el trámite del oficio respectivo para la autorización en la institución donde se realizó el estudio.

Previa autorización de la institución se pudo concretar la reunión para reunir a los padres de familia de los niños y adolescentes que asisten regularmente a la Fundación.

Se realizó la prueba piloto del instrumento de investigación para su respectiva validación.

Los padres firmaron por escrito el consentimiento informado aceptando su participación luego de lo cual se procede a aplicar el cuestionario de la encuesta que fue validada con anterioridad.

3.6. PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez que recogimos la información de la muestra, definimos la variable a investigar y los criterios para organizar los datos obtenidos en el campo de estudio teniendo como referencia los indicadores, utilizamos el programa de cómputo de Excel para elaborar los cuadros y tablas estadísticos facilitando el análisis de los resultados para ser expuestos.

Exposición de los resultados: se presentarán los resultados de mayor relevancia.

3.7. ANALISIS DE DATOS

Los resultados obtenidos mediante las encuestas realizadas a 40 padres de familia que asistieron a la capacitación mensual en la fundación FUVIDA, ubicada en la parroquia Tarqui, ciudadela Samanes VI, sector Norte de la ciudad de Guayaquil, se han codificado, procesado y responden a las interrogantes planteadas para cumplir con los objetivos de esta investigación, los cuales se detallada a continuación:

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Grafico # 2

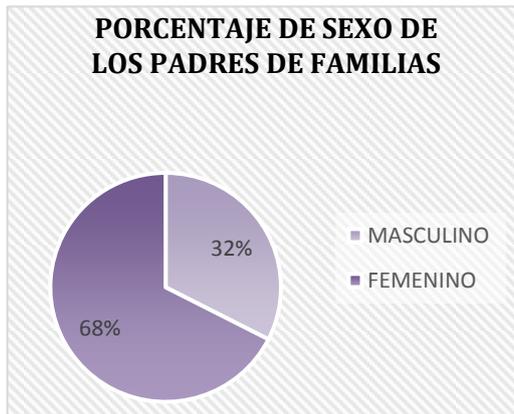
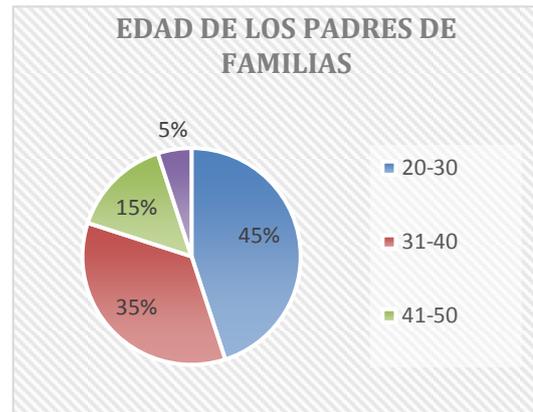


Grafico # 3



FUENTE: Encuestas

- Identificar las características sociodemográficas de los padres de familia de los niños y adolescentes diabéticos.

ANÁLISIS: Tomando en consideración el primer objetivo específico de estudio, que hace énfasis en las características sociodemográficas de los 40 padres de familia de los niños y adolescentes que padecen diabetes que fueron encuestados, podemos apreciar, que el 68% de ellos corresponde al sexo femenino (27 madres), y el 32% de sexo masculino (13 padres). Siendo la edad de 20 a 30 años el grupo de padres con mayor porcentaje con un 45%, así como el 35% es de 31 a 40 años de edad. Apreciándose con este análisis que son padres jóvenes y los niños y adolescentes están al cuidado de sus madres en un mayor porcentaje esto se hace referencia que por cultura en el País las madres son las encargadas de cuidar a sus hijos con responsabilidad.

También podemos analizar que el 60% de los padres de familia encuestados tienen un nivel de educación de secundaria completa, (ver anexo 5 gráfico 5), lo que facilita la comprensión de información que se les proporciona en cada uno de los programas educativos. Podemos relacionar también que con el dato anterior del 65% de las personas encuestadas no trabajan lo que nos permite confirmar que los niños están al cuidado de sus madres (ver anexo 5 gráfico 7).

GRÁFICO # 8

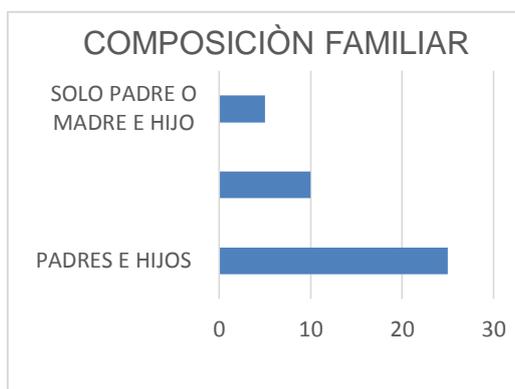


GRÁFICO # 9

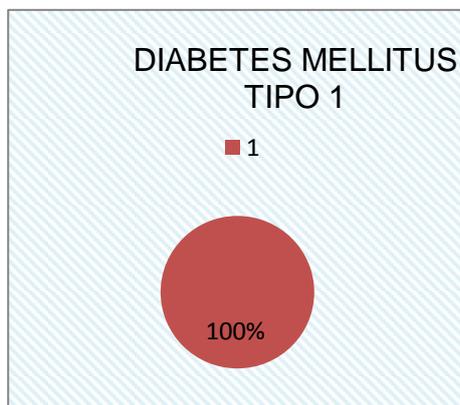


FUENTE: Encuestas

- Describir la estructura y composición familiar, como fuente de apoyo principal para los niños y jóvenes que padecen la enfermedad.

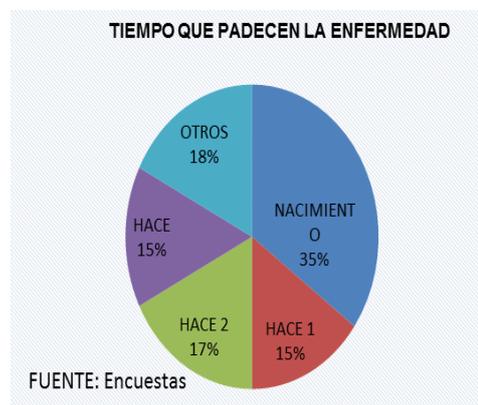
ANÁLISIS: La estructura familiar es nuclear porque está conformada con padres e hijos que comprende al 63%, así mismo tomando en consideración que el número de hijos por familia oscila entre uno con un 33% y dos hijos con 45%. dentro del estado civil los padres de familia, el 50 % de ellos son casados que constituye un factor de fortalecimiento familiar que corresponde a (20 de los padres de familia encuestados), y los subsecuentes estados civiles son en menor porcentaje como solteros y de unión libre (ver anexo 5 Grafico # 6); La edad de los niños que padecen diabetes infantil son un dato importante, ya que oscilan entre 1 a 13 años con un porcentaje muy equitativo en cada uno de los grupos de edad (ver anexo 5 grafico 10), es un dato de gran importancia que debemos de tomar en cuenta que la diabetes existe desde muy temprana edad e incluso desde el nacimiento en varios casos. El sexo de los niños que padecen de la disfunción está con igualdad de porcentaje, masculinos con 47% y femeninos 53% (ver anexo 5 gráfico 11).

GRÁFICO # 13



FUENTE: Encuestas

GRÁFICO #14



- Identificar el tiempo de evolución de la enfermedad y las complicaciones a largo plazo que padecen por la diabetes.

ANÁLISIS: Conociendo que la diabetes es una de las disfunciones metabólicas con mayor frecuencia en los niños/adolescentes y, que ocupa el segundo lugar de las enfermedades no transmisibles (ENT), nuestro grupo de estudio que padecen la disfunción metabólica cubre con el 100% de los niños diagnosticados y de estos más del 35% de los niños tienen este problema desde su nacimiento, se pudo valorar que dentro de las causas pueden ser genéticas o hereditarias, inmunológicas y alimenticias; que los estilos de vidas dependerán el tiempo de evolución y en nuestra área de estudio se presenta con gran frecuencia por la alteración de las células pancreáticas, con un 45% y, con ingesta inferiores a las necesidades y sedentarismo con un 25%, y otras causas con menor porcentaje (ver anexo 5 Grafico #18); lo cual estas estadísticas nos refiere que por el déficit de conocimiento de los padres de los niños de la fundación no están llevando estilos de vidas adecuados y se valora tal déficit de conocimiento de los cuidadores por tal motivo piensan que las complicaciones a largo plazo pueden manifestar deterioros en su salud como mala circulación que corresponde al 65% equivalente a (26 padres que responden a la encuestas planteada), con menor porcentaje las demás complicaciones, (ver anexo 5,

Grafico #19); como futuras profesionales de enfermería se dieron una serie de programas educativos para mejorar el cuidado de la salud de los niños/ adolescentes, evitando desencadenar complicaciones o acciones en el manejo inadecuado de la salud del niño/ adolescentes y el entorno que lo rodea.

GRÁFICO #29

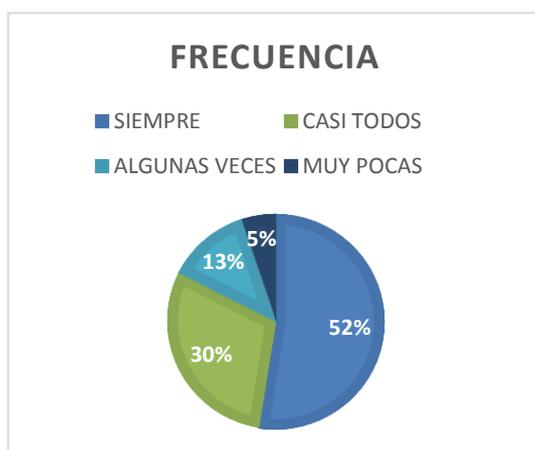


GRÁFICO # 30



FUENTE: Encuestas

- Evaluar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre la diabetes.

ANÁLISIS: como profesionales de salud nos encontramos frente a cada uno de los padres de familia, debemos tomar en vigilancia, proporcionarles el respeto y empatía, para proveerles información pertinente a los requerimientos al déficit de conocimiento y manejo inadecuado de la salud familiar e individual. Nos permite evaluar los conocimientos de los padres de familia, justificando que ellos han cambiado su estilo de vida, labores diarias, cotidianidades en beneficio de la salud de sus hijos, mejorando su atención y adherencia a un tratamiento, previniendo complicaciones a largo plazo que pueden padecen debido al trastorno metabólico. En los resultados que muestran los padres de familia al evaluar el conocimientos de diabetes que se les brinda en cada una de las reuniones sociales corresponde al 60%, muy satisfactoria sintiéndose por la información que se les proporcionó lo

que coincide a la cantidad de 24 padres, mientras en su memoria con un 40% de los padres responden de manera satisfactoria en corresponsabilidad a los 16 padres restantes.

Los padres de familia tienen conocimientos básicos sobre la enfermedad, sus cuidados y como mantenerla, están en constante programas educativos brindados por la fundación, estos son beneficiosos para prevenir las complicaciones, nuestra muestra de estudio fueron 40 padres de familia, lo cual el 52.5% de los padres de familia asisten con regularidad a las capacitaciones que le brinda la Fundación. Manifiestan, como integrantes de la fundación, que debe colaborar e implementar programas educativos con mayor frecuencia, para un mejor entendimiento sobre la patología que padecen cada uno de sus hijos.

Como profesionales de la salud, ofreceremos nuestro apoyo como equipo de atención de enfermería que vamos a estar a una disposición para vincular a la familia, adquiriendo la necesidad de incrementar a más profesionales de la salud que ayuden a dar conocimientos de la disfunción o trastorno metabólico para que se pueda dar un cuidado directo, tanto a los padres como cuidadores principales de los niños y adolescentes.

CONCLUSIONES

Tomando en cuenta nuestro principal objetivo de estudio que es “Determinar el nivel de conocimientos de los padres de familia sobre el cuidado de la salud de los niños con diabetes de la fundación Vivir con Diabetes, se llega a la siguiente conclusión:

La diabetes es la segunda enfermedad crónica degenerativa más común en el mundo y se llegará a incrementar con mayor rapidez si no se toman medidas de promoción y prevención de la enfermedad en cada uno de los que la padecen o corren el riesgo de contraerla.

La investigación ha mostrado en los resultados que los padres de familia no tienen un conocimiento claro y apropiado para el control y cuidado de su hijo, dando respuesta a la pregunta de nuestra investigación.

Los Profesionales de la salud y personas que colaboran en la Fundación trabajan arduamente para realizar programas educativos, casas abiertas, mesas redondas para impartir nuevos conocimientos a los padres de familia que asisten a la Fundación, lo que resulta a nuestro modo de ver insuficientes para dar un cuidado óptimo de salud a sus hijos.

La Fundación Vivir con Diabetes es una institución sin fines de lucros, que tiene muchas necesidades de recursos materiales y de medicinas que se requieren para solventar las demandas de la enfermedad de los niños y adolescentes ya que muchos de los padres no tienen para solventar gastos del tratamiento y por consiguiente necesita la ayuda solidaria de esta institución o de alguna otra entidad de salud.

De este trabajo se pueden emprender nuevos estudios y proyectos, donde se pueden brindar apoyo a los colaboradores de la Fundación Aprendiendo a Vivir con Diabetes (FUVIDA), ayudándoles a brindar capacitaciones a los padres de familia de nombrada Fundación.

RECOMENDACIONES

Después, de haber finalizado el trabajo de investigación sobre nivel de conocimiento de los padres en el cuidado de la salud de los niños/as y adolescentes con diabetes, en la fundación “Aprendiendo A Vivir con Diabetes”, FUVIDA, consideramos plantear las siguientes recomendaciones:

- Proporcionar información necesaria a los cuidadores principales por parte Profesionales de la salud, en talleres y charlas educativos-participativos e, indicarles cada uno de los cuidados en la salud, estilos de vida saludables y administración de los medicamentos que le deben de brindar a los niños y adolescentes.
- Evaluar el nivel de captación, obtenido mediante las charlas y talleres que se implementarán cada 3 meses en la Fundación Aprendiendo a Vivir con Diabetes.
- Elaborar y estandarizar un sistema de cuidado de la Salud en los niños/as y adolescentes, utilizando como método de trabajo el proceso de atención de enfermería, de modo que se pueda ofrecer desde una perspectiva enfermera, cuidados sistematizados, lógicos y racionales.
- Es necesario que se dé a conocer la Fundación Aprendiendo a Vivir con Diabetes, para recibir ayuda y donaciones de cualquier entidad pública o privada, como requerimiento a recursos humanos y financieros para cubrir la demanda de recursos de materiales, que se entrega mensualmente a cada uno de los padres de familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1, 4, 5, 6, 7, 8 Federación Internacional de Diabetes. (2013). Atlas de la diabetes de la FID 6ª edición, pág. 7-8- 14-42-62-64Grecia.

2, 9. Sanofi Quinta. 2011. Edición, Federación Internacional de Diabetes, pág. 1-2-3.

3. Libman I (2009). Sociedad Argentina de Endocrinología Metabolismo. Epidemiología de la diabetes mellitus en la infancia y adolescencia: tipo 1, tipo 2 y ¿diabetes “doble”? Vol. 46 • No. 3, pág. 1.
www.scielo.org.ar/pdf/raem/v46n3/v46n3a03

10, 11. Chiriboga D. 2011. Protocolos Clínicos Y Terapéuticos Para La Atención De Las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles. (Diabetes 1, diabetes 2, dislipidemias, hipertensión arterial).
www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf

12. Ministerio de Salud Pública, datos esenciales de salud una mirada a la década 2000- -2010, pág. 28.

13. Telégrafo, documental JUL 2015; Diabetes infantil, (mucho menor en Sudamérica que en países europeos).
www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/diabetes-infantil-mucho-menor-en-sudamerica-que-en-paises-europeos.html

14, 15. Fundación FUVIDA, aprendiendo a vivir con diabetes; misión y visión.
www.fuvida.org.ec/

16. Bustos Saldana R, Barajas Martínez A, López Hernández G, Sánchez Novoa E, Palomera Palacios R, Islas Jarcia J., Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2, tanto urbanos como Rurales del occidente de Mexica, 2007, Vol.9 pág. 1.
17. Leonel A. García Martínez, Carlos Santos González-Elías, Marisol P. Aguilar Pérez. 2010. Intervención educativa en familiares de niños diabéticos. (MEDICIEGO); pág. 16.
18. Luzmar A., Véliz Y., Weffer M. (2006). Universidad Central de Venezuela, Caracas, conocimiento sobre autocuidado presente en los pacientes con diabetes tipo 1 que asisten a la consulta de medicina interna del hospital “Dr. Domingo Luciani”, pag.22.
tesis%204de%20junio%20corregir/pdf%20todos/tesis%20venezuela.pdf
19. M. Vázquez, F. Cruz, C. Laynez M. Pérez, D. Godoy Izquierdo, (2008), Universidad de Granada, Impacto del nivel de conocimientos, la fuente de información y la experiencia con la enfermedad sobre las actitudes, creencias, conocimientos y emociones asociadas a la diabetes en un grupo de estudiantes de educación secundaria, Vol. 26, número 3, pág. 8.
20. Andrade R. (2003). Universidad de Guayaquil, con el título Análisis del manejo metabólico de pacientes pediátricos con diabetes tipo 1, pág. 1
21. C. Quezada. M. Zhunio. (2011). Cuenca, con el título diabetes mellitus tipo 2-enfermería; conocimientos, actitudes y práctica en salud; pacientes ambulatorios educación; Fundación Donum, pág. 1.
22. Larrea M. Universidad San Francisco de Quito, (2006 –2007) Influencia de la educación en diabetes, para el mejoramiento del costo – utilidad de los pacientes diabéticos afectados: Análisis en los centros de atención ambulatoria Chimbacalle y Suroccidental del IESS.

23. Beyott (Ed) (2006). Antecedentes Históricos sobre la Diabetes, beyott84 beyott84.blogia.com/temas/antecedentes-historicos-de-la-diabetes-mellitus/
24. Diabetes-infantil. Mercosur. 2009. diabetes historia.html.
25. organización Mundial de la Salud (2009).Pub 2014. www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
26. Federación Internacional de Diabetes (2013). Atlas de la diabetes de la FID 6ª edición pág. 12 Grecia.
27. Asociación de Diabetes Americana.2010.Clasificacion y diagnósticos según ADA www.estudiabetes.org/profiles. Diabetes-mellitus.
28. Asociación Española de Pediatría. 2013 (AEP).Diabetes Infantil www.aeped.es/search/node/DIABETES%20INFANTIL
29. Ministerio de Salud Pública Edusalud. 2011. La Diabetes es la segunda causa de muerte general en el país
instituciones.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=257:la-diabetes-es-la-segunda-causa-de-muerte-general-en-el-pais&catid=52:edusalud&Itemid=244
30. Organización Mundial de la Salud 2015 (OMS) Salud sobre diabetes. www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- 31.- Federación Internacional de Diabetes (2013) atlas de la diabetes de la FID 6ª edición pág. 7-8 Grecia.

32.- Asociación de Diabetes Americana. 2014. Diabetes Mellitus: clasificación y diagnóstico, según la ADA
www.estudiabetes.org/profiles/diabetes-mellitus

33. Ministerio de Salud Pública, 2010. Datos esenciales de salud una mirada a la década 2000- -2010 pág. 24 – 25. <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>.

34.- Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Actualizada 2014. Revisada por: Brent Wisse, MD, Associate Professor of Medicine, Division of Metabolism, Endocrinology & Nutrition, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Isla Ogilvie, PhD, and the A.D.A.M. Editorial team.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000305.htm>

35. Onmeda .es para la Salud.

<http://www.onmeda.es/enfermedades/diabetes-causas-1725-5.html>

36 Web Consultas, Tu centro médico (Natakbensupran).2015.

<http://www.webconsultas.com/diabetes/tratamiento-de-la-diabetes-382>

37. KidsHealth La Alimentación del Niño Diabético

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/meal_plans_diabetes_esp.html

38. National Diabetes Information Clearinghouse (NDIC)

http://diabetes.niddk.nih.gov/spanish/pubs/physical_ez/

39. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unido

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000313.htm>

- 40.- Pediatría Atención Primaria. Versión impresa ISSN 1139-7632
Diabetes tipo 1: el pediatra y los nuevos tratamientos.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113976322009000600006&script=sci_arttext.
41. Texas Heart Institute <http://www.cuidadosalud.com/articulos/que-es-la-diabetes/factores-de-riesgo-de-la-diabetes-mellitus>
42. Cuidados de salud.2012. <http://www.cuidadosalud.com/articulos/que-es-la-diabetes/factores-de-riesgo-de-la-diabetes-mellitus>
- 43, 44, 45, 46 ,47Mediavilla J. (Ed) (2001) Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento SEMERGEN - Medicina de familia El Sevier Vol. 27 numero 3 (3-4-5-6).
www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-complicaciones-diabetes-mellitus-diagnostico-tratamiento-10022281.
48. Derechos y Deberes de los niños del Ecuador. 2014
<http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechodelaninezylaadolescencia/2009/06/01/niNos-niNas-y-adolescentes-derechos-y-deberes>.

BIBLIOGRAFÍAS

- * Martínez L. (septiembre 2013). Cómo buscar y usar información científica. España pág. 179.
- * Diagnósticos de Enfermería de NANDA International: Definiciones y Clasificación (2009-2011) .Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería pág. 215.
- * Washington, D (1998). Manual de normas técnicas y administrativas del programa de diabetes mellitus. Organización Panamericana de la Salud Vol. 2 Pago 88.
- * Lerman, I (Agosto 2010). Atención Integral del Paciente Diabético. México. Tercera edición pág. 449.
- * Santo M (Febrero 1994) Programa del curso educadores en diabetes pág. 141.
- * Carrasco E, Flores G, Gálvez C, Miranda D, Pérez M, Rojas G. (2001). Manual para educadores en Diabetes Mellitus. Santiago pág. 157.
- * Acosta C, López Y (2012). Influencia en el Autocuidado en pacientes con Pien Diabético adultos mayores de 65 a 70 años de edad que asisten al centro de salud # 3. Tesis de grado previo a la obtención de título de licenciados de enfermería. Universidad de Guayaquil. Pág. 60.
- * Ocampo H, Ortiz N. Rol educativo de la enfermera y su influencia en el autocuidado de pacientes diabético del área ambulatoria del hospital regional Teodoro Maldonado Carbo. Tesis de grado previo a la obtención de título de licenciados de enfermería. Universidad de Guayaquil. Pág. 86.
- * Comunitaria, S.A (2000). Grupo de diabetes.
- * Ecuador, C.P. (2008). Constitución Política del Ecuador. QUITO: Registro oficial.
- * Martínez R. (1986). La salud del niño y el adolescente. México: Salvat Mexicana de ediciones, S.A de C.V.

ANEXOS

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



OFICIO DE ACEPTACIÓN DEL PROYECTO

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DE LA DIRECTORA

Habiendo sido nombrada, tutora del Trabajo de Titulación como requisito para optar por el título de Licenciada de Enfermería, presentada por las Internas:

MARTÍNEZ FAJARDO LISSETTE KATIUSCA
MORÁN GUERRA KATERINE ANABEL

Tema: **NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS NIÑOS/AS CON DIABETES EN LA FUNDACIÓN “APRENDIENDO A VIVIR CON DIABETES”, FUVIDA.**

Certifico que: he revisado y aprobado en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

Msc. PATRICIA LOMBEIDA.
DIRECTORA DEL PROYECTO DE TITULACIÓN



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



GUAYAQUIL, 22 DE OCTUBRE DEL 2014

DRA.

Q.F. ARACELY BASURTO CALDERÓN

DIRECTORA DE LA FUNDACIÓN "FUVIDA"

APRENDIENDO A VIVIR CON DIABETES

Ciudad.

Cordiales saludos:

Por medio del presente solicito a Ud., autorice las estudiantes de cuarto año internado, **MARTÍNEZ FAJARDO LISSETTE KATIUSCA C.I. 0930815683 Y MORÓN GUERRA KATERINE ANABEL C.I. 0922212535**, que se encuentran realizando su trabajo de investigación previo la obtención del título como **LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**, cuyo tema es: **NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS NIÑOS/AS CON DIABETES EN LA FUNDACIÓN**

"APRENDIENDO A VIVIR CON DIABETES" FUVIDA

Para que puedan recabar información en la institución que se digna dirigir, y realizar dicho trabajo. Los interesados realizarán esta actividad a partir de la presente fecha salvo su mejor criterio.

Atte.

**LCDA. ROSA RIOFRÍO DE SÁNCHEZ, Msc.
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

DRA.

Q.F. ARACELY BASURTO CALDERÓN

**DIRECTORA DE LA FUNDACIÓN "FUVIDA"
APRENDIENDO A VIVIR CON DIABETES
Ciudad.**

Cordiales saludos.

Por medio del presente, solicito a Ud., autorice las estudiantes de cuarto año internado, **MARTINEZ FAJARDO LISSETTE KATIUSCA C.I. 0930815683 Y MORAN GUERRA KATERINE ANABEL C.I 0922212535**, que se encuentran realizando su trabajo de investigación previo la obtención del título como **LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**, para la realización de instrumentos de obtención de los datos (encuestas) a los padres de familia que asisten a la institución.

Para que puedan recabar información en la institución que se digna dirigir, y realizar dicho trabajo. Los interesados realizaran esta actividad a partir de la presente fecha salvo su mejor criterio.

Att.

**MARTÍNEZ FAJARDO LISSETTE
C.I. 0930815683**

**MORÁN GUERRA KATERINE
C.I 0922212535**

ANEXO 2



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente AUTORIZO a las Internas de Enfermería: **MARTÍNEZ FAJARDO LISSETTE KATIUSCA C.I. 0930815683** y **MORÁN GUERRA KATERINE ANABEL C.I. 0922212535**, a realizar las encuestas para la previa obtención del título de Licenciadas en enfermería cuyo tema es: NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL CUIDADO CON HIJOS QUE PADECEN DIABETES, QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN VIVIR CON DIABETES (FUVIDA) DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, DICIEMBRE 2014 A MARZO 2015.

Cabe mencionar que los datos van a servir para evaluar cómo influye el nivel de conocimiento en los padres de familia que tienen hijos que padecen diabetes, y así fortalecer el déficit de conocimientos de los padres de familia acerca de la mantenimiento y/o tratamiento de la enfermedad, además estos datos serán confidenciales y solo se utilizarán para el desarrollo de la investigación.

Agradecemos su comprensión y apoyo

Nombre: _____

C.I. _____ Firma: _____

Nombre: _____

C.I. _____ Firma: _____



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... Mayor de edad,
identificado con la C.I #..... y como madre del menor que
asiste a la FUNDACIÓN FUVIDA “**APRENDIENDO A VIVIR CON
DIABETES**”.

Autorizo a las Srtas.: MARTÍNEZ FAJARDO LISSETTE KATIUSCA
C.I. 0930815683 y MORÁN GUERRA KATERINE ANABEL C.I 0922212535,
que puedan hacer uso de la información, que se les otorgue de manera
confidencial y personal , para obtener datos con fines fiables a este trabajo
como respaldo para el proyecto de titulación: **NIVEL DE CONOCIMIENTO DE
LOS PADRES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS NIÑOS/AS Y
ADOLESCENTES CON DIABETES EN LA FUNDACIÓN “APRENDIENDO A
VIVIR CON DIABETES”, FUVIDA, DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, 2014.**

Firma.

ANEXO 3



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE EL
CUIDADO DE LA SALUD DE LOS NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES
CON DIABETES EN LA FUNDACIÓN “APRENDIENDO A VIVIR
CON DIABETES”, FUVIDA, DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, 2014.**

LAS RESPUESTAS A ESTA ENCUESTA, DEBEN SER CLARAS, CONCISAS Y RESPONDER EN FORMA OPCIONAL LO QUE SE LE PREGUNTA.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. SEXO: M_____ F_____ 2. EDAD_____

3. DIRECCIÓN:_____

4. ESCOLARIDAD: COMPLETETA INCOMPLETETA

Primaria	_____	_____
Secundaria	_____	_____
Superior	_____	_____
Ninguna	_____	_____

1. ESTADO CIVIL:
Soltero/a _____
Casado/a _____
Viudo/a _____
Divorciado/a _____
Unión libre _____
Otros (Cual) _____

2. OCUPACIÓN:_____

3. COMPOSICIÓN FAMILIAR:

PADRE E HIJOS	_____
PADRES CON FAMILIARES Y SUS HIJOS	_____
SOLO PADRE O MADRE E HIJO	_____
OTROS; ¿Cuál?	_____

4. NUMERO DE HIJOS: _____

5. EDAD Y SEXO DE CADA UNO DE SUS HIJOS/AS:

Número de Hijos	EDAD	SEXO		PADECE DIABETES	
		M	F	SI	NO
Primero					
Segundo					
Tercero					
Cuarto					
OTROS (cuál)					

6. ¿ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA PADECE DIABETES?

Mamá	_____	Papá	_____
Abuelo paterno	_____	Abuela paterna	_____
Abuelo materno	_____	Abuela materna	_____
Hijos /as	_____	Ninguno	_____

CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES.

7. ¿QUÉ TIPO DE DIABETES TIENE SU HIJO/A?

Diabetes Mellitus tipo 1	_____
Diabetes Mellitus tipo 2	_____

8. INICIO DE EVOLUCION DE LA DIABETES.

Desde el Nacimiento	_____
Hace 6 meses	_____
Hace 1 años	_____
Hace 2 años	_____
Hace 3 años	_____
Otros (Cuántos)	_____

9. ¿CUÁL ES EL SIGNIFICADO DE DIABETES?

Enfermedad del riñón	_____
Enfermedad del corazón	_____
Enfermedad del páncreas	_____
Ninguna de las anteriores	_____

10. ¿CUÁL ES EL VALOR NORMAL DE LA GLUCOSA?

Menor 70 mmhg	_____
Entre 70- 100 mmhg	_____
Mayor 100 mmhg	_____

11. COMPLETE LA INFORMACIÓN DEL CUADRO LO QUE SIGNIFICA HIPERGLICEMIA E HIPOGLICEMIA.

Enfermedad	¿Qué es para usted?	Valor en su hijo	Signos
HIPERGLICEMIA			
HIPOGLICEMIA			

MANEJO DEL TRATAMIENTO.

12. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA DIABETES?

- Daño en células del páncreas _____
- Déficit de alimentación _____
- Sedentarismo _____
- Genéticas _____

13. ¿QUÉ COMPLICACIONES A LARGO PLAZO PUEDE PADECER SU HIJO/A?

- Mala circulación _____
- Afectación a un musculo _____
- Desmayo _____
- Ninguna de las anteriores _____

14. EN QUÉ AFECTA LA DIABETES A SU HIJO/A.

- Peso y talla _____
- Estado emocional _____
- Estado psicológico _____
- Ninguna de las anteriores _____
- Otras. ¿Cuál? _____

15. ¿QUÉ TRATAMIENTO ESTA ADMINISTRANDO A SU HIJO/A?

- Hipoglucemiantes orales _____
- Insulina subcutánea _____
- Dieto terapia _____
- Rendimiento Escolar _____
- Otras ¿Cuál? _____

16. ¿CUÁL ES EL SITIO DE INYECCION DONDE APLICA LA INSULINA?

Brazos _____
Muslos _____
Alrededor del ombligo _____
Otros. ¿Cuál? _____

17. ¿QUÉ PRODUCTOS CREE USTED SON SALUDABLES PARA LA ALIMENTACIÓN DE SU HIJO/A?

Pollo, carne, fruta, agua _____
Hamburguesas, papi pollo, cola _____
Arroz, fideo, cola, harina _____
Pescado, vegetal, frutas _____
Otros. ¿Cuál? _____

18. DENTRO DE LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS DE SU HIJO/A ¿QUÉ ES LO QUE MÁS REALIZA?:

Descansar _____
Hacen deporte _____
Comen _____
Sedentarismo _____
Otros. ¿Cuál? _____

COMPONENTE AFECTIVO.

19. EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES HA INFLUIDO EN LA VIDA DE SU HIJO/A.

SI _____ NO _____

20. ¿CREE QUE LA DIABETES DIFICULTA LA INTEGRACIÓN DE SU HIJO/A EN LA ESCUELA O COLEGIO?

SI _____ NO _____

21. ¿QUÉ REACCIÓN TIENEN LOS PROFESORES AL SABER QUE SU HIJO/A PADECE DE DIABETES?

Indiferencia _____
Ayudan en el cuidado _____
Ninguna reacción _____
Sienten temor _____
Desconocimiento _____
Otras. ¿Cuál? _____

23. ¿ALGUNO DE LOS CÓNYUGES SE HA VISTO OBLIGADO A MODIFICAR SU VIDA LABORAL PARA ATENDER A SU HIJO/A?

Sí _____

No _____

24. ASISTE CON FRECUENCIA A LAS CAPACITACIONES QUE HACEN EN LA FUNDACIÓN.

Siempre _____
Casi todos _____
Algunas veces _____
Muy pocas _____
No asiste _____

25. LOS CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES EN LA FUNDACIÓN SON PARA UD., Y SU HIJO.

Muy satisfactorio _____
Satisfactorio _____
Poco satisfactorio _____
Nada satisfactorio _____

26. ¿QUÈ SUGERENCIAS DESEA DAR UD. A LA FUNDACIÓN?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.....



ANEXO 4

CRONOGRAMA DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TITULACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y GRADUACIÓN DE GRADO, 2014.



	FECHAS							
	ACTIVIDADES	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
	Revisión y ajustes al proyecto de investigación por el tutor. (Diseño de proyecto de investigación).	→						
	Trabajo de campo: recopilación de información.		→					
	Procesamiento de datos.			→	→			
	Análisis e interpretación de datos.				→	→	→	
	Elaboración del informe final.						→	→
	Entrega del informe final (Subdirección).						→	→
	Sustentación.							→

ANEXO 5

PRESUPUESTO

Se realiza el presupuesto de nuestro trabajo determinado la cantidad de fondos necesarios para cubrir los gastos que ocasionara el trabajo de titulación.

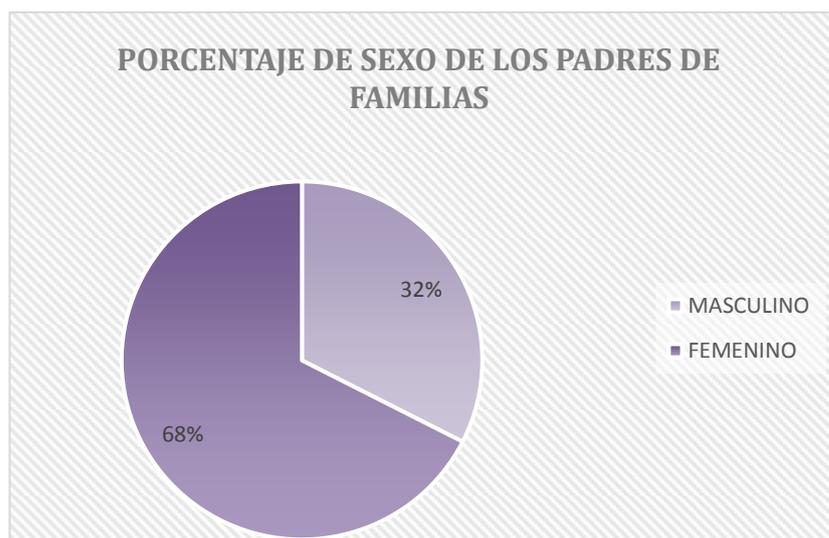
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
INTERNET	200 HORAS	0.50	100,00
DISPOSITIVOS DE GRABACIÓN:	3	1.00	3.00
• CD			
• PENDRIVE	2	8	16.00
IMPRESIÓN	1000	0.25CTVS	125,00
MOVILIZACIÓN	100	0.25CTVS	25.00
ALIMENTACIÓN	20	2.50	50.00
COPIAS	500	0.05CTVS	10.00
GRAMATÒLOGO	1	100	100
ANILLADOS	6	\$1.50	12.00
EMPASTADOS	3	25	75,00
TOTAL/ DOLARES			\$ 506.00

ANEXO 6
CUADROS Y GRAFICOS DE DATOS
PROCESAMIENTO DE DATOS DE LAS ENCUESTAS A LOS PADRES DE
FAMILIA EN LA FUNDACIÓN FUVIDA

TABLA # 2
SEXO DE LOS PADRES DE FAMILIA

ALTERNATIVA	Nº	%
Masculino	13	32,5
Femenino	27	67,5
TOTAL	40	100

GRÁFICO# 2



FUENTE: Encuestas.
ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

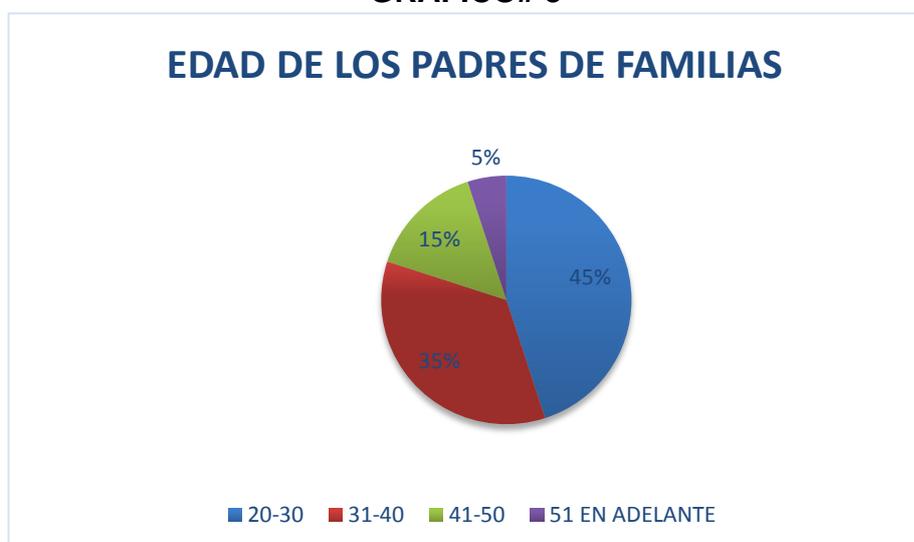
ANÁLISIS: Según el gráfico el 68% de los padres de familia son de sexo Femenino (27 madres) y el 32% es de sexo Masculino (13 padres), por lo que nos damos cuenta que al cuidador principal de los niños en su mayoría son las madres de familia, y que por cultura en el país recae la responsabilidad a la madre del cuidado.

TABLA # 3

EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA

ESCALA	Nº	%
20-30	18	45
31-40	14	35
41-50	6	15
51 en adelante	2	5
TOTAL	40	100

GRÁFICO# 3



FUENTE: Encuestas.

ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

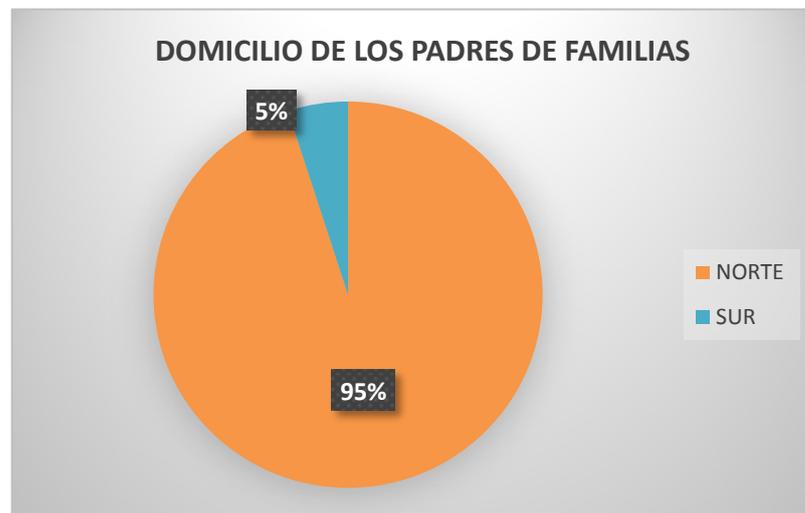
ANÁLISIS: Según el gráfico el 45% son de edad de 20-30 años, el 35% son de edad de 31- 40 años el 15% corresponde a las edad de 41-50 años una edad avanzada y en 5% en la menor proporción de 51 a más de edad; señalamos que los padres de familias con mayor índice de asistencias son los padres Jóvenes que asisten a la Fundación Vivir con Diabetes y que están al cuidado de sus hijos.

TABLA # 4

DOMICILIO DE LOS PADRES DE FAMILIAS

ALTERNATIVA	Nº	%
Norte De Guayaquil	38	95
Sur De Guayaquil	2	5
TOTAL	40	100

GRÁFICO# 4



FUENTE: Encuestas.
ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

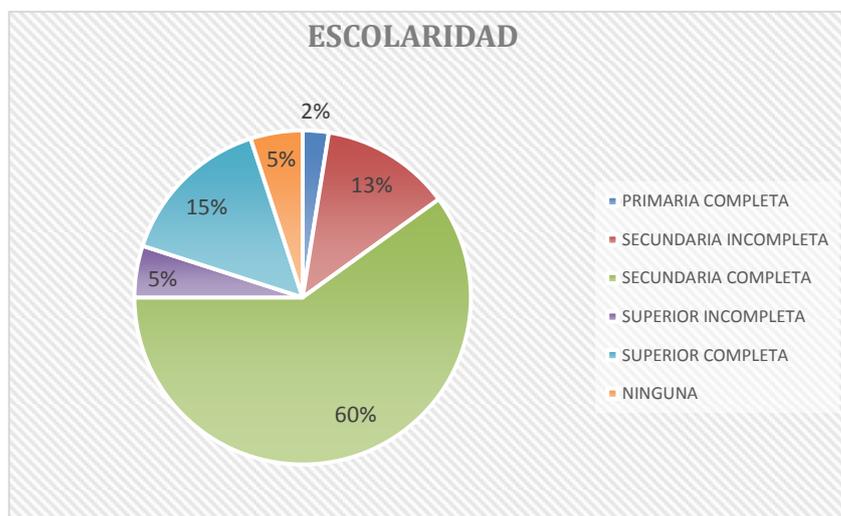
ANÁLISIS: Dentro del domicilio de los padres de familia, el 95% viven en el sector norte donde está ubicada la fundación, y el 5% en el sector sur, esta estadística nos indica que por el lugar que está situada la Fundación hay mejor asistencia a las reuniones y los habitantes que la rodean, y en un menor porcentaje en el sur de la Fundación.

TABLA # 5

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIAS.

ALTERNATIVA	Nº	%
Primaria Incompleta	0	0
Primaria Completa	1	2,5
Secundaria incompleta	5	12,5
Secundaria Completa	24	60
Superior Incompleta	2	5
Superior Completa	6	15
Ninguna	2	5
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 5



FUENTE: Encuestas.

ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

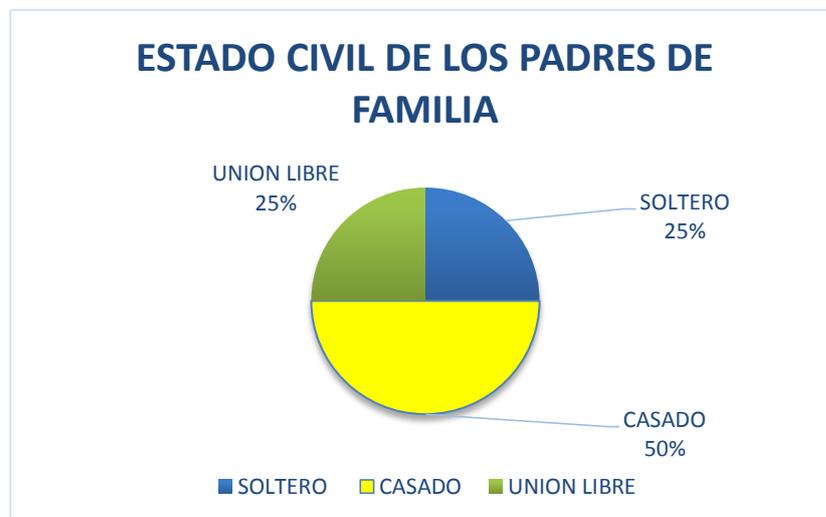
.ANÁLISIS: el 60% es de secundaria completa el 12,5% es de secundaria incompleta, luego el 15% corresponde al grupo estudios superiores incompletos y en menor cantidad el 2,5% es de primaria incompleta, Dado el respectivo análisis nos dimos cuenta que a las personas que se les brindo la respectiva educación eran en su mayoría terminada la secundaria, ya que al el bajo Nivel de escolaridad en muchos padres de Familia limitar el entendimiento de la enfermedad de su hijo/a, considerando estos niveles como factor de gran interés porque es así llegara el conocimiento que se impartieron sin ninguna dificultad.

TABLA # 6

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE FAMILIAS.

ALTERNATIVA	Nº	%
Soltero	10	25
Casado	20	50
Viudo	-	-
Divorciado	-	-
Unión libre	10	25
Otros	-	-
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 6



FUENTE: Encuestas.

ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

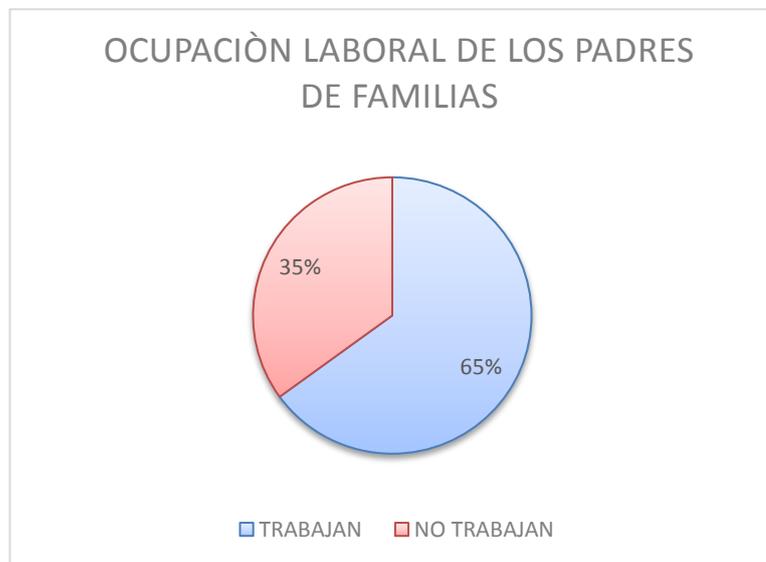
ANÁLISIS: Según los análisis en 50% corresponde a el estado civil de casados y el resto y proporciones iguales se dividen en unión libre y soltera/o, este análisis nos lleva a cabo a saber que los niños de la Fundación Vivir con Diabetes tienen familias nucleares es decir el apoyo mutuo de padre y madre para poder sobrellevar y salir en marcha con su enfermedad

TABLA # 7

OCUPACIÓN LABORAL DE LOS PADRES DE FAMILIA

ALTERNATIVA	Nº	%
Trabajan	26	65
No trabajan	14	35
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 7



FUENTE: Encuestas.

ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

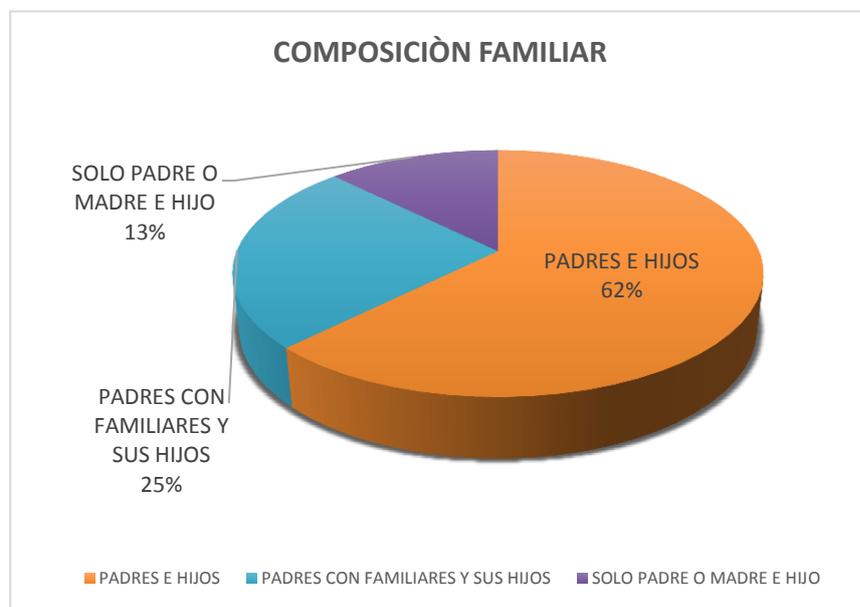
ANÁLISIS: el 65% si trabajan y el 35% no trabajan, y se dedican al cuidado directo de sus hijos, vemos que hay un mayor porcentaje de padres que no se pueden dedicar las 24 horas del día en el cuidado de sus hijos, los cuales están pendientes en el tratamiento y el cuidado de una u otra manera.

TABLA # 8

COMPOSICIÓN FAMILIAR

ALTERNATIVA	Nº	%
Padres e hijos	25	62,5
Padres con familiares y sus hijos	10	25,0
Solo padre o madre e hijo	5	12,5
Otros	-	-
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 8



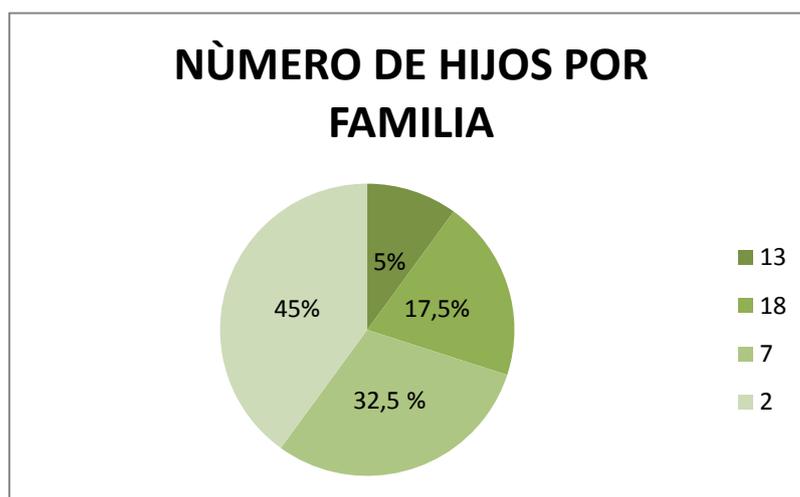
FUENTE: Encuestas.
ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

ANÁLISIS: el gráfico nos demuestra el 62% son padres e hijos que tienen hogares constituidos de manera nuclear y eso compone una buena relación en el desarrollo y crecimiento del mismo, el 25% son padres con Familiares y sus Hijos, y el 13% son solo padre o madre e hijo que están.

TABLA # 9
NÚMERO DE HIJOS POR FAMILIA

ESCALA FAMILIAS	HIJOS	
	Nº	%
13	1	32,5
18	2	45
7	3	17,5
2	4	5
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 9



FUENTE: Encuestas.
ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

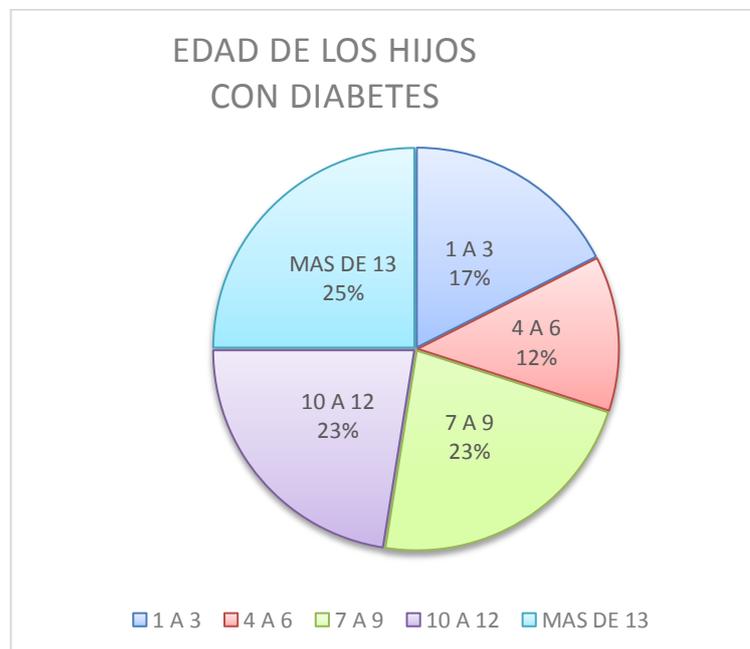
ANÁLISIS: el 45% de las familias (13 grupos), refiere que solo tiene un hijo, y que el 32,5% tienen 2 hijos, estos muchas veces por la falta de conocimiento o por el miedo a que sus hijos lleguen a padecer de diabetes.

TABLA # 10

EDAD ACTUAL DE LOS HIJOS CON DIABETES

ESCALA	Nº	%
1 a 3 años	7	17,5
4 a 6 años	5	12,5
7 a 9 años	9	22,5
10 a 12 años	9	22,5
más de 13 años	10	25
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 10



FUENTE: Encuestas.

ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katherine Morán.

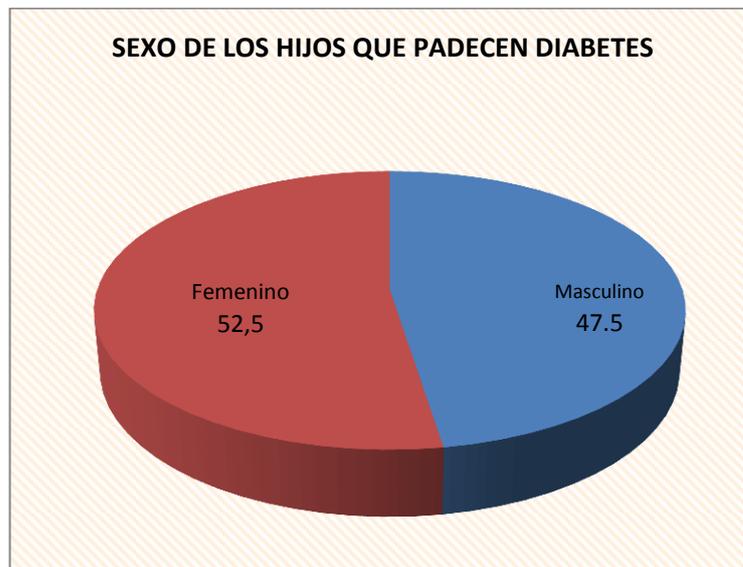
ANÁLISIS: Según el gráfico el 25% son más 13 años lo que padecen con la enfermedad, y el 23% corresponde a las edades de 10- 12 años detectado en una edad muy temprana lo que beneficia que pudieron, que se ha

TABLA # 11

SEXO DEL HIJO/A QUE PADECE DIABETES

ALTERNATIVA	Nº	%
Masculino	19	47,5
Femenino	21	52,5
TOTAL	40	100

GRÁFICO #11



FUENTE: Encuestas.
ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

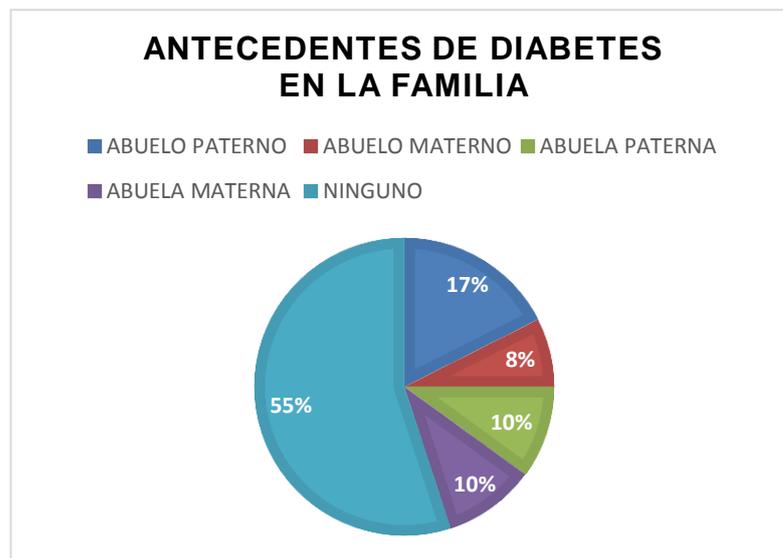
ANÁLISIS: Según el grafico 53% corresponde a sexo femenino, y el 47% son de sexo masculino esto nos refiere que el sexo femenino en la Fundación es prevalente en la Diabetes Infantil. Que los hace referencia que hay mayor incidencia en las mujeres que en los hombres.

TABLA # 12

MIEMBRO DE LA FAMILIA CON DIABETES

ALTERNATIVA	Nº	%
Mama	-	-
Papa	-	-
Abuelo paterno	7	17,5
Abuelo materno	3	7,5
Abuela paterna	4	10
Abuela materna	4	10
Ninguno	22	55
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 12



FUENTE: Encuestas.

ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

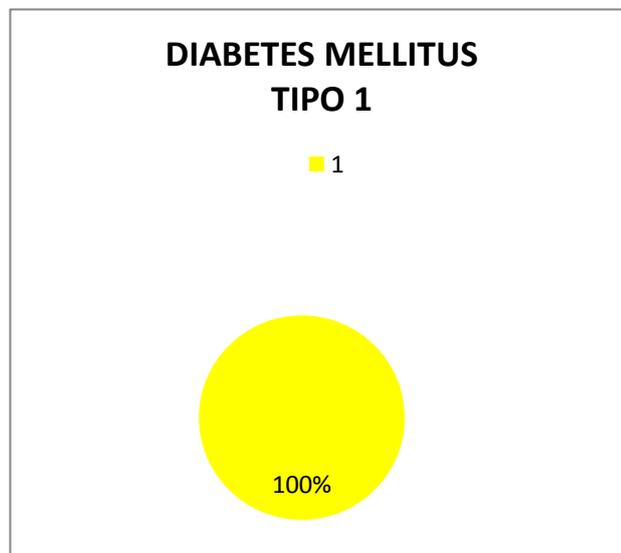
ANÁLISIS: Según el gráfico el 55% corresponde a ningún antecedente patológico personal y el 17% son por el abuelo paterno y el 10% son de abuelas tanto materna como paterna, y en menor proporción abuelo materno.

TABLA # 13

TIPO DE DIABETES EL HIJA/O

ALTERNATIVA	Nº	%
Tipo 1	40	100
Tipo 2	-	-
TOTAL	40	40

GRÁFICO # 13



FUENTE: Encuestas.

ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

ANÁLISIS: Según el grafico EL 100% la totalidad de los niños y adolescentes padece de diabetes tipo 1 aun en la Fundación vivir con Diabetes no existe la diabetes tipo II, lo cual lo niños de dicha fundación los niños(as) no sufren de complicaciones graves.

TABLA # 14

INICIO DE LA EVOLUCIÓN DE LA DIABETES

ALTERNATIVA	Nº	%
Desde el nacimiento	14	35
Hace 6 meses	-	-
Hace 1 año	6	15
Hace 2 años	7	17,5
Hace 3 años	6	15
Otros	7	17,5
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 14



FUENTE: Encuestas.

ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

ANÁLISIS: Según el gráfico el 35% de los niños nacieron con dicha enfermedad el 18% corresponde a otras edades el 17% corresponde que padecen la enfermedad hace 2 años el 15% hace un año y hace 3

TABLA # 15

SIGNIFICADO DE DIABETES

ALTERNATIVA	Nº	%
Enfermedad del riñón	-	-
Enfermedad del corazón	-	-
Enfermedad del páncreas	40	100
Ninguna de las anteriores	-	-
TOTAL	40	100

GRÁFICO #15



FUENTE: Encuestas.

ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

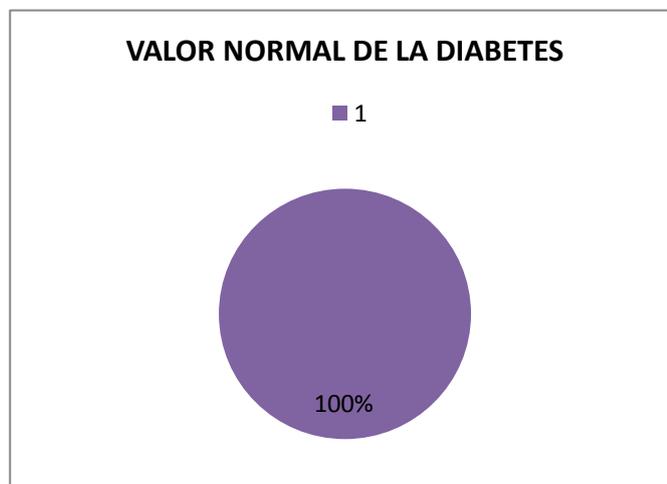
ANÁLISIS: Según el gráfico el 100% sabe que esta enfermedad se debe a una afectación al páncreas; lo cual ellos tienen un buen concepto sobre el significado de la patología que padece su hijo/a

TABLA # 16

VALOR NORMAL DE LA GLUCOSA

ESCALA	Nº	%
Menor 70 mmhg	-	-
Entre 70-100 mmhg	40	100
Mayor 100 mmHg	-	-
TOTAL	40	100

GRÀFICO# 16



FUENTE: Encuestas.

ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

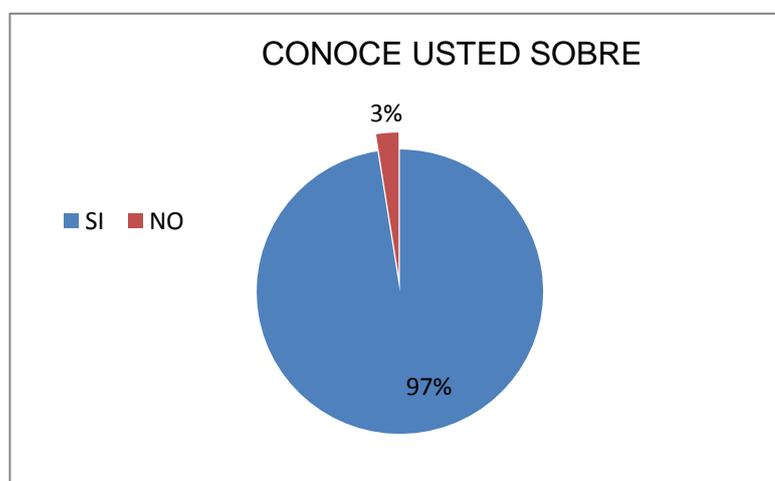
ANÁLISIS: Según el gráfico el 100% conoce los valores normales de la glucosa en sangre, debido a que ellos conocen esta cifra porque 3 veces al día le toman la glicemia a sus hijos/as

TABLA # 17

CONOCIMIENTO SOBRE HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA

ALTERNATIVA	Nº	%
SI	39	97,5
NO	1	2,5
TOTAL	40	100

GRÁFICO #17



FUENTE: Encuestas.

ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

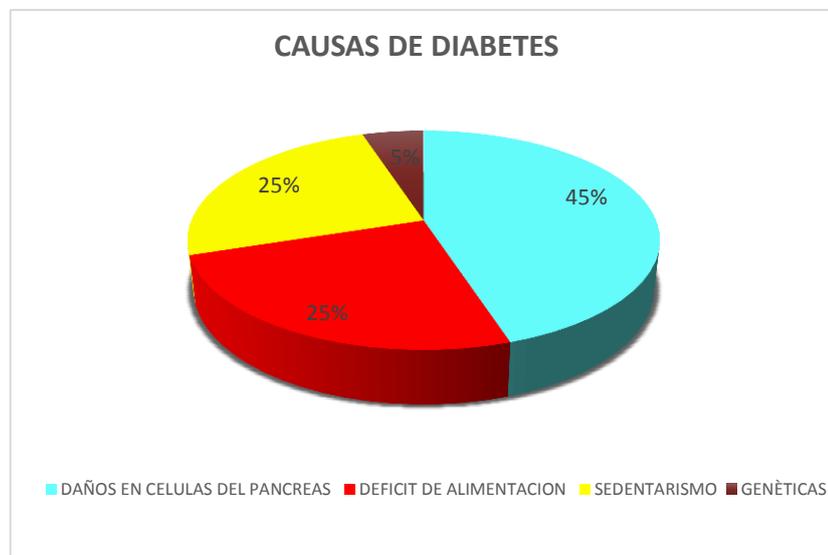
ANÁLISIS: Según el gráfico el 97% conoce lo que es la hiperglicemia e hipoglicemia y en 3% la mínima cantidad no conoce eso nos refiere que conocen sobre la enfermedad de su hijo.

TABLA # 18

CAUSAS DE LA DIABETES

ALTERNATIVA	Nº	%
Daños en células del páncreas	18	45
Déficit de alimentación	10	25
Sedentarismo	10	25
Genéticas	2	5
Total	40	100

GRÁFICO #18



FUENTE: Encuestas.

ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

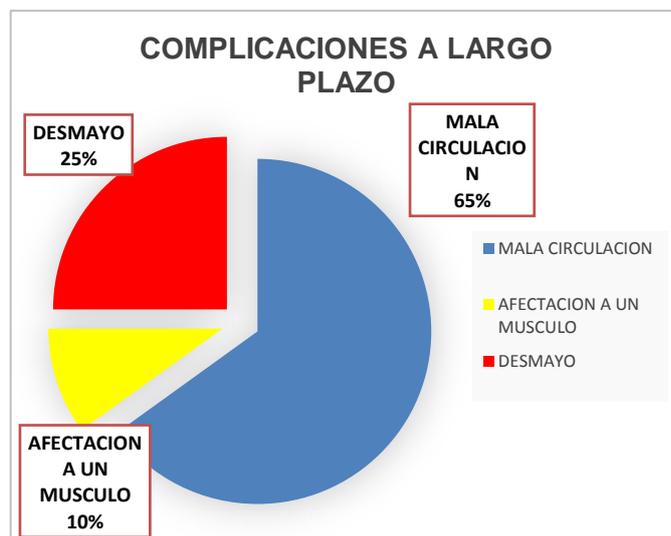
ANÁLISIS: Según el cuadro el 5% de las causas de la patología que padecen sus hijos de son por genética, el 25% por sedentarismo, 25% por déficit de alimentación y el 45% por daños en células del páncreas.

TABLA # 19

COMPLICACIONES A LARGO PLAZO QUE PUEDE TENER EL NIÑO.

ALTERNATIVA	Nº	%
Mala circulación	26	65
Afectación a un musculo	4	10
Desmayo	10	25
Ninguna de la anteriores	-	-
TOTAL	40	100

GRÀFICO #19



FUENTE: Encuestas.

ELABORADO POR: Lissette Martínez y Katerine Morán.

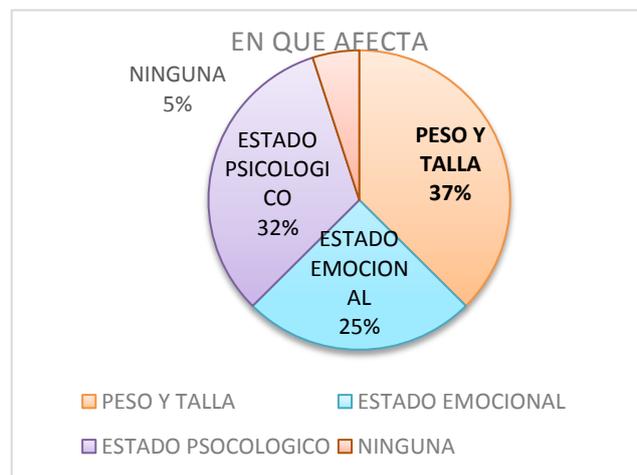
ANÁLISIS: el cuadro indica que las futuras complicaciones son del 25% de desmayo, el 10% afectación a un musculo, y el 65% mala circulación, en cuanto a estos parámetros hay que brindarles muchos conocimientos para que así estén preparados si se les llegara a presentar alguna complicación a largo plazo.

TABLA # 20

EN QUE AFECTA LA DIABETES AL HIJO

ALTERNATIVA	Nº	%
Peso y talla	15	37,5
Estado emocional	10	25
Estado psicológico	13	32,5
Ninguna	2	5
Otras	-	-
Total	40	100

GRÁFICO # 20



FUENTE: Encuesta.

Elaborado por: Lissette Martínez y Katerine Morán.

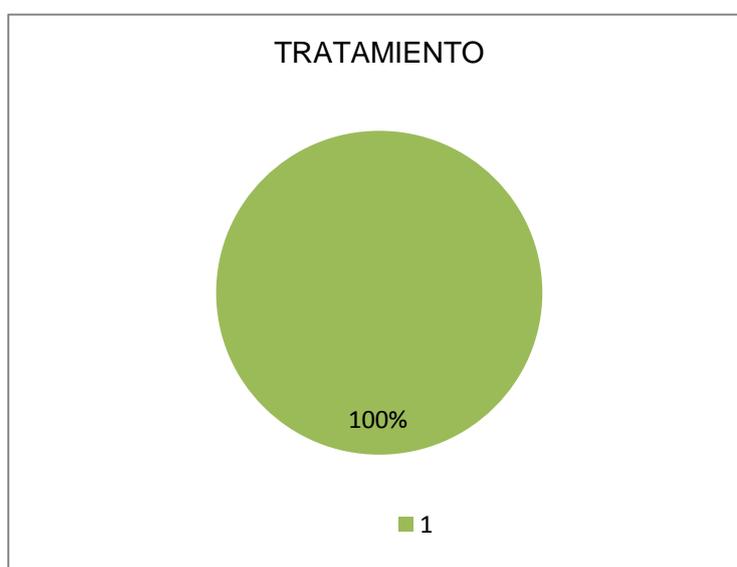
ANÁLISIS: el cuadro indica que la diabetes por el momento no existe ninguna afectación en sus hijos con un al 5%, mientras que el 33% afecta al estado psicológico, el 37% en cuanto a peso y talla, y el 25% afecta al estado emocional de los niños y adolescentes.

TABLA # 21

TRATAMIENTO ESTA ADMINISTRANDO A SU HIJO

ALTERNATIVA	Nº	%
Hipoglucemiantes Orales	-	-
Insulina Subcutánea	40	100
Dieto Terapia	-	-
Rendimiento Escolar	-	-
Otros	-	-
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 21



FUENTE: Encuesta.
Elaborado por: Lissette Martínez y Katerine Morán.

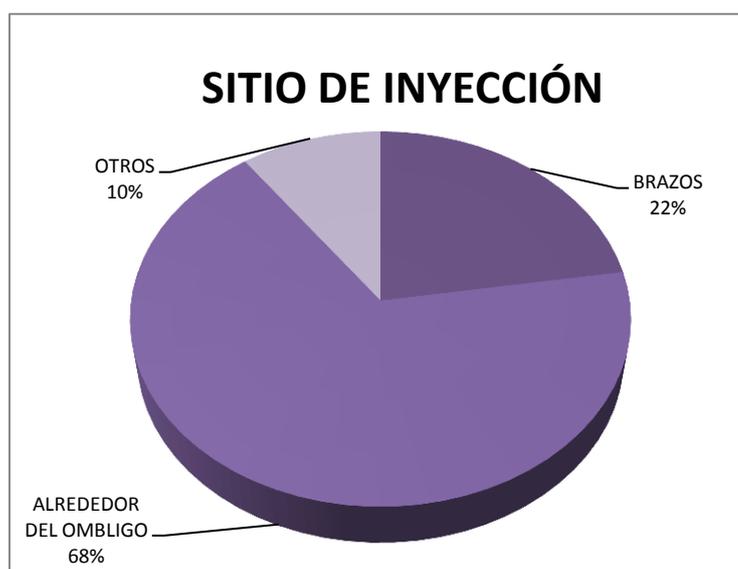
ANÁLISIS: el gráfico nos indica que el 100% de la población tiene como tratamiento la insulina subcutánea, por tal motivo son insulino dependientes.

TABLA # 22

SITIO DE INYECCIÓN DONDE APLICA LA INSULINA

ALTERNATIVA	Nº	%
Brazos	9	22,5
Muslos	-	-
Alrededor del ombligo	27	67,5
Otros	4	10
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 22



FUENTE: Encuesta.
Elaborado por: Lissette Martínez y Katerine Morán.

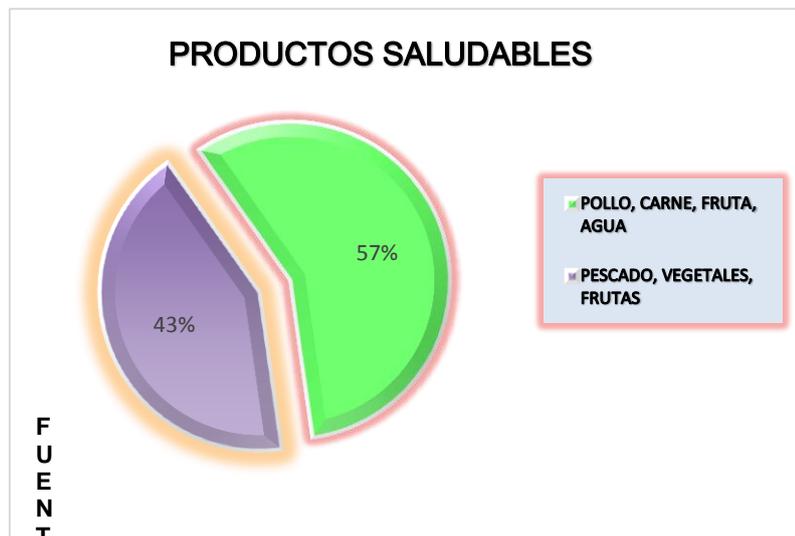
ANÁLISIS: EL 10 % de los padres de familia prefieren aplicar la medicación de la insulina en otros lados, el 22% en los brazos y el 68% alrededor del ombligo esto nos indica que ellos tienen mayor preferencia administrarse la insulina en este sitio puesto que en tal lugar no refieren mucho dolor al administrársela .

TABLA # 23

PRODUCTO SALUDABLES PARA LA ALIMENTACION DEL NIÑO.

ALTERNATIVA	Nº	%
Pollo, Carne, Fruta, Agua	23	57,5
Hamburguesa, Papi Pollo, Cola	-	-
Arroz, Fideo, Cola, Harina	-	-
Pescado, Vegetales, Frutas	17	42,5
Otros	-	-
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 23



E: Encuesta.

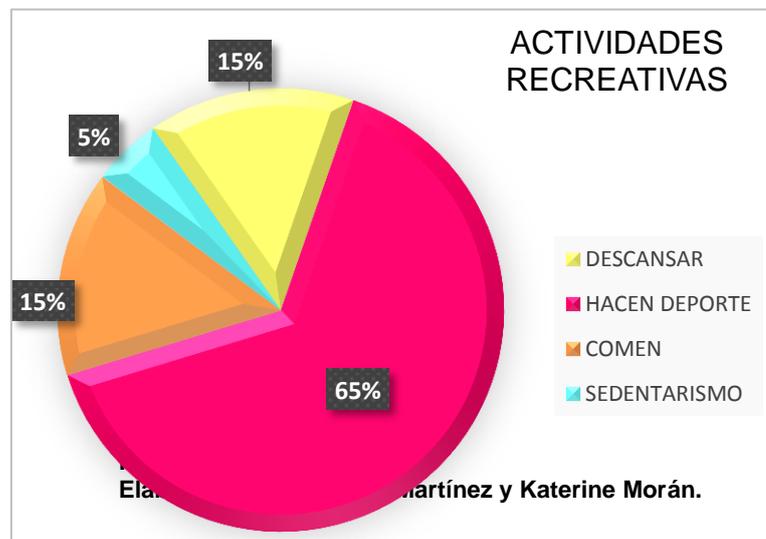
Elaborado por: Lissette Martínez y Katerine Morán.

ANÁLISIS: El porcentaje de su totalidad de las respuestas de los padres de familia fueron que sus hijos consumen alimentación saludable para así llevar estilo de vida adecuado por su enfermedad.

TABLA # 24

ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE REALIZA		
ALTERNATIVA	Nº	%
Descansar	6	15
Hacen deporte	26	65
Comen	6	15
Sedentarismo	2	5
Otros	-	-
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 24



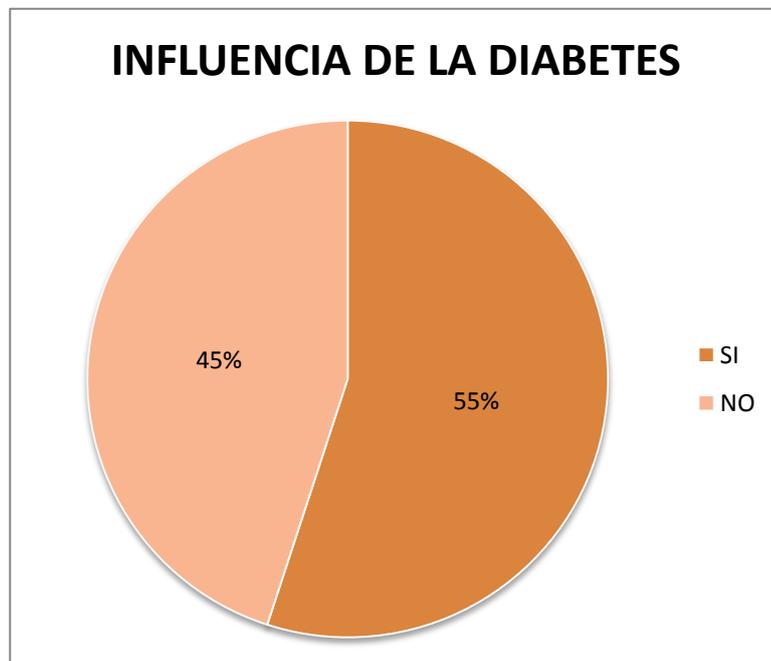
ANÁLISIS: el 65% de la población de los niños hacen deporte, el 15% descansa, el 5% sedentarismo y el 15% comen, estos porcentajes nos indican que en su mayoría de los niños llevan una vida adecuada bajo parámetros y estilos de vida saludables.

TABLA # 25

INFLUENCIA DE LA DIABETES EN EL NIÑO

ALTERNATIVAS	Nº	%
SI	22	55
NO	18	45
TOTAL	40	100

GRÀFICO # 25



FUENTE: Encuesta.

Elaborado por: Lissette Martínez y Katerine Morán.

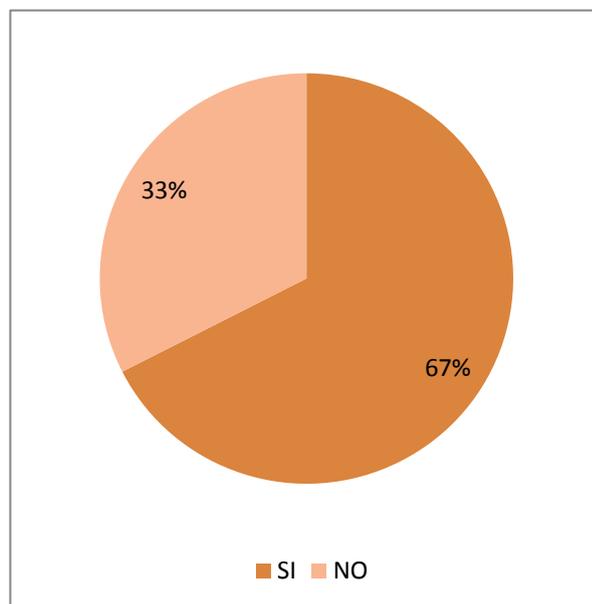
ANÁLISIS: el 55 % población estudiada indica que no ha influido la diabetes en la vida de sus hijos por li que cada uno de ellos llevan una vida normal bajo cuidados especializados.

TABLA # 26

LA DIABETES DIFICULTA A LA INTEGRACION DE SU HIJO EN LA ESCUELA O COLEGIO

ALTERNATIVA	Nº	%
SI	27	67,5
NO	13	32,5
TOTAL	40	100

GRÀFICO #26



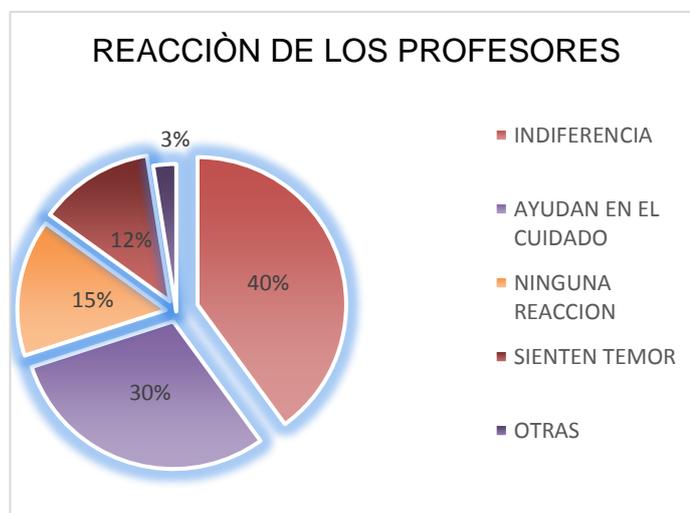
FUENTE: Encuesta.
Elaborado por: Lissette Martínez y Katerine Morán.

ANÁLISIS: el 67% de los padres encuestados indica que la diabetes no influye en la vida escolar de sus hijos mientras que al 33 % si influye, lo cual ellos indican que llevan una vida cotidiana normal.

TABLA # 27
QUE REACCIÓN DE LOS PROFESORES

ALTERNATIVA	Nº	%
Indiferencia	16	40
Ayudan en el cuidado	12	30
Ninguna reacción	6	15
Sienten temor	5	12,5
Desconocimiento		
Otras	1	2,5
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 27



FUENTE: Encuesta
Elaborado por: Lissette Martínez y Katerine Morán.

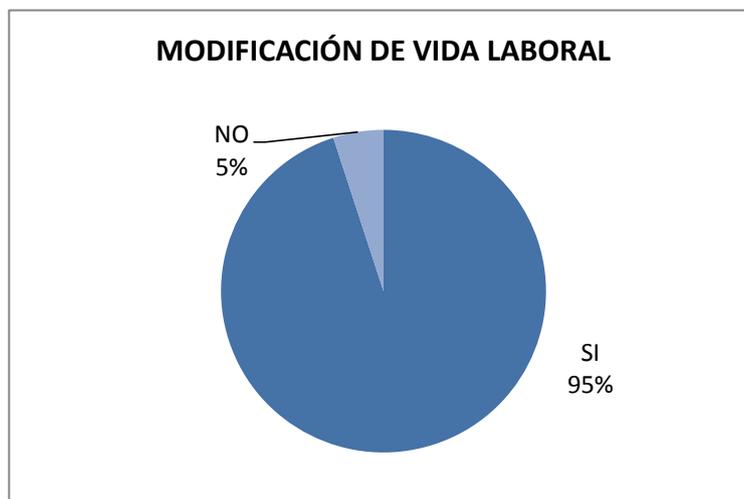
ANÁLISIS: mediante el gráfico podemos verificar que los profesores ante la enfermedad de la diabetes que padecen sus alumnos, el 40% de ellos son indiferentes a ellos frente a la disfunción que presentan, el 30% ayudan en el cuidado integral del alumno, el 15% ninguna reacción, y el 12% sienten temor de brindarles algún tipo de cuidado.

TABLA # 28

ALGUNO DE LOS CONYUGUES A MODICADO SU VIDA LABORAL

ALTERNATIVA	Nº	%
SI	38	95
NO	2	5
TOTAL	40	100

GRÁFICO #28



FUENTE: Encuesta.

Elaborado por: Lissette Martínez y Katerine Morán.

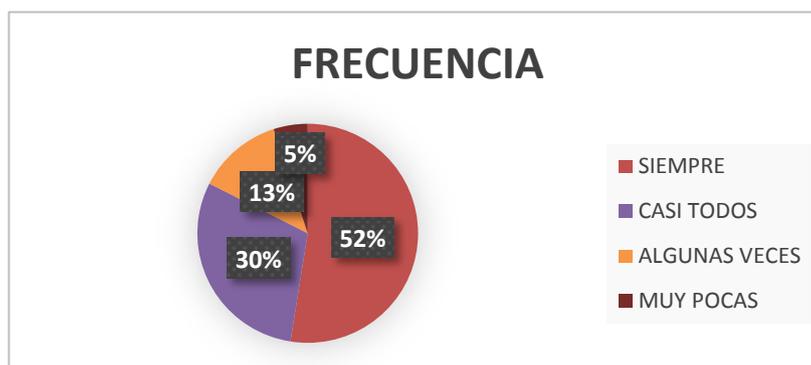
ANÁLISIS: el 95% de los padres de familia, indican que debieron modificar su vida laboral para poder así permanecer y darles el correspondiente cuidado a sus hijos, mientras que en un menor índice de porcentaje 2% indican no haber modificado sus vidas laborales.

TABLA # 29

ASISTE CON FRECUENCIA A LAS CAPACITACIONES QUE HACEN EN LA FUNDACION

ALTERNATIVA	Nº	%
Siempre	21	52,5
Casi todos	12	30
Algunas veces	5	12,5
Muy pocas	2	5
No asiste		
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 29



FUENTE: Encuesta
Elaborado por: Lissette Martínez y Katerine Morán.

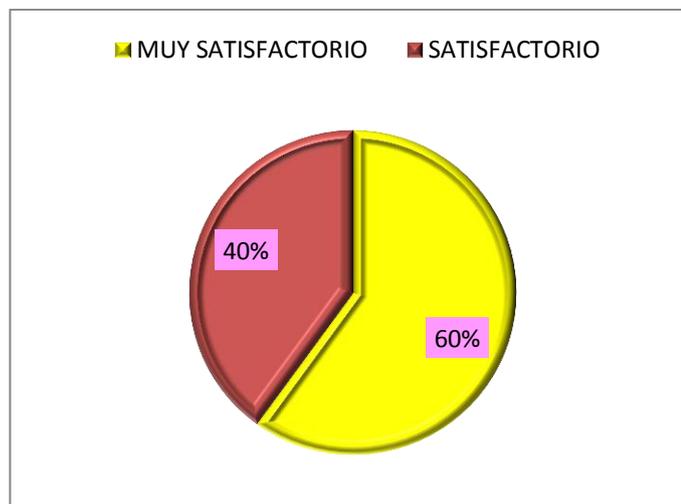
ANÁLISIS: según el gráfico nos detalla que el 52% de los padres de familia refieren que asisten con regularidad a las capacitaciones, el 30% asiste casi todas la capacitaciones, el 13% algunas veces y el 5% muy pocas veces asiste, estos porcentajes nos brindan información valiosa ya que esto nos ayuda a darnos cuenta el nivel de interés que tienen los padres de familia en relación con la salud de sus hijos.

TABLA # 30

LOS CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES EN LA FUNDACIÓN SON PARA USTED Y SU HIJO

ALTERNATIVA	Nº	%
Muy satisfactorio	24	60
Satisfactorio	16	40
Poco satisfactorio	-	-
Nada satisfactorio	-	-
TOTAL	40	100

GRÁFICO # 30



FUENTE: Encuesta.

Elaborado por: Lissette Martínez y Katerine Morán.

ANÁLISIS: según el gráfico muestra que el 60% de los padres de familia reciben una información beneficiosa para ellos, y poderlos emplear en sus hijos por tal motivo responden que es muy satisfactorio y el 40% es satisfactorio, la mayoría de los padres de familias se sienten a gusto con la atención brindada con calidad y calidez por todos los conocimientos brindados.

ANEXO 8

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS





FICHA DE CONTROL DE TUTORÍAS

TEMA: Nivel de conocimiento de los padres sobre el cuidado de la salud de los menores y adolescentes con diabetes en la fundación "Aprendiendo a vivir con diabetes" Ecuador.

FECHA/HORA	# DE TUTORÍA	ACTIVIDADES	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTES
29 Septiembre 2014 14h00 - 16h00	1	- Entrega inicial orientación general sobre el trabajo y reestructura ción del tema.	Patricia de Solórzano	Lissette Marín y Fajardo Katerine Morán G.
22 octubre 2014 15h00 - 17h00	2	Orientación del Tema y Capítulo 1 orientación	Patricia de Solórzano	Lissette Marín y Fajardo Katerine Morán G.
6 noviembre 2014 14h00 - 15h30	3	Revisión y corrección del capítulo 1, como tarea según pautado al capítulo 1 y entrega a estudiantes	Patricia de Solórzano	Lissette Marín y Fajardo Katerine Morán G.
17 diciembre 2014 14h00 - 16h.	4	Revisión y corrección del capítulo 1 y 2	Patricia de Solórzano	Lissette Marín y Fajardo Katerine Morán G.
22 enero 2015 16h00 - 17h30	5	Revisión y corrección de Capítulo 1, 2 y 3 Revisión y entrega a V2 con reestructura capítulo 3 y entrega a V2	Patricia de Solórzano	Lissette Marín y Fajardo Katerine Morán G.
26 febrero 2015 10h00 - 12h00	6	Revisión y corrección de capítulo 3 y entrega a V2	Patricia de Solórzano	Lissette Marín y Fajardo Katerine Morán G.
				No asiste trame guardia

FICHA DE CONTROL DE TUTORÍAS

TEMA: Nivel de conocimiento de los padres sobre el cuidado de la salud de los niños/as y adolescentes con diabetes en la Fundación "Aprendiendo a vivir con diabetes" FUVIBA, de la ciudad de Guayaquil, 2014.

FECHA/HORA	# DE TUTORÍA	ACTIVIDADES	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTES
24 / marzo / 15 11h00 - 13h00	7	Revisión nuevamente de capítulos 1, 2, 3, y la encuesta.	Patricia de Solórzano	Ersette Martínez Fajardo Katerine Moran G.
16 / abril / 15 11h00 a 14h00	8	Revisión y concreción de encuesta Revisión capítulo 1-2-3	Patricia de Solórzano	Ersette Martínez Fajardo Katerine Moran G.
22 / abril / 15 10h00 a 12h30	9	Revisión de prueba piloto de encuesta concreción capítulos 1-2-3	Patricia de Solórzano	Ersette Martínez Fajardo
8 / mayo / 15 Man a 14h00	10	Continúa revisión y concreción capítulos 1-2 Aplicación de encuesta.	Patricia de Solórzano	Katerine Moran G. Ersette Martínez Fajardo Katerine Moran
13 / mayo / 15 9am - 12m.	11	Revisión de la concreción de datos .	Patricia de Solórzano	No asistieron
22 / mayo / 15 14h00 a 16h00	12	Revisión de Tabulación de datos y gráficos	Patricia de Solórzano	Ersette Martínez Fajardo Katerine Moran

FICHA DE CONTROL DE TUTORÍAS

TEMA: *Nivel de Conocimiento de los padres sobre el cuidado de la Salud de los niños/as y adolescentes con diabetes en la fundación "Aprendiendo a vivir con diabetes" FUNDIDA, de la ciudad de Cayapuel, 2014*

FECHA/HORA	# DE TUTORÍA	ACTIVIDADES	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTES
4 junio 2015 14h00 - 17h00	13	Revisión y conversión del Borrador	Patricia de Selvigons	Linette Malmey Fajardo Katerine Moran G.
10/junio/2015 14h00 - 17h00	14	IDEM	Patricia de Selvigons	Linette Malmey Fajardo Katerine Moran G.
18/junio/2015 09h00 - 13h00	15	IDEM	Patricia de Selvigons	Linette Malmey Fajardo Katerine Moran G.