



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE DIABETES MELLITUS
PARA ESCOLARES DE 5TO Y 6TO GRADO EN LA U. E. B.
“FELIX MONTES” NOVIEMBRE-ABRIL 2009.**

Profesor Asesor:

Lcda. Ana Sulbarán.

Trabajo de Grado presentado por:

**Br. Adriana Carolina Pérez Peña.
C.I. 16.757.772**

**Br. Zoleymer Adriana Quintana Parrella
C.I. 16.914.460**

Ciudad Bolívar; Julio 2009.

INDICE

INDICE -----	II
AGRADECIMIENTO -----	IV
AGRADECIMIENTO -----	VI
DEDICATORIA -----	VIII
DEDICATORIA -----	IX
RESUMEN -----	X
INTRODUCCION. -----	1
JUSTIFICACION: -----	23
OBJETIVOS -----	25
OBJETIVO GENERAL-----	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS-----	25
MATERIALES Y METODOS -----	26
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN-----	26
Población-----	26
Muestra-----	26
MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS-----	26
Procedimiento-----	27
Validación del Instrumento-----	28
Plan Tabulación y Análisis-----	28
RESULTADOS -----	29
TABLA 1.-----	29
TABLA 2.-----	30

TABLA 3. -----	31
TABLA 4. -----	32
TABLA 5. -----	33
DISCUSIÓN -----	35
CONCLUSION -----	38
RECOMENDACION -----	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	40
APÉNDICE -----	49

AGRADECIMIENTO

Mi Carrera Profesional ha sido un largo viaje del cual ya he llegado, la luz llegó a mis ojos porque al fin logre tan anhelada meta aunque hoy lo dude la alcance, ya que fueron muchos años de tanto luchar pero al fin llegue a expresarle mi agradecimiento a:

A Dios Todopoderoso por darme el privilegio de la vida, por fortalecer mi corazón, por iluminar mi mente, gracias Padre Eterno por las pruebas que has puesto en mi camino para hacerme crecer como persona y ser humano permitiéndome dar lo mejor de mí, por iluminar mi mente y por haber puesto en mí camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres, Armado Quintana y Sobeida Parrela De Quintana por su cariño, apoyo, comprensión, paciencia por enseñarme el camino de la educación. Gracias por mantener viva durante tanto tiempo la ilusión de verme formada como toda una profesional.

A mis hermanas, Leyla, Zobeida y Amanda por su comprensión, apoyo, paciencia y sabios consejos. Las quiero mucho.

A Rafael Alonso Romero, por su fidelidad, amor, apoyo incondicional.

Al Doctor Luis Rafael Navarrete, quien con sus sabios consejos, confianza, apoyo, paciencia disciplina que me han de servir para mi futuro profesional. Dios le bendiga.

A la Doctora Norma Conquista, por su excelencia profesional demostrada en mi estabilidad emocional durante mi formación académica.

A mi compañera de tesis, Adriana Pérez gracias por comprenderme y tenerme paciencia.

A la Licenciada Ana Sulbarán por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

Zolemyer Quintana.

AGRADECIMIENTO

El más grande de los agradecimientos a nuestro Padre Celestial, a Jesucristo que intercede por nosotros sus hijos y al Espíritu Santo el cual nos guía, nos protege de todo mal, nos da la fortaleza y sabiduría cuando más lo necesitamos. Mil gracias Padre Celestial por estar siempre en mi vida y en cada una de las metas que me he propuesto alcanzar.

A mis padres Yolanda Isabel Peña Rojas y Arnoldo Antonio Pérez Hernández le doy mil gracias a Dios por permitirme tenerlos a mi lado brindándome su amor, su apoyo incondicional y por ser mi principal fuente de inspiración, motivo e impulso para lograr mis metas en la vida. Los adoro con todo mi corazón.

A mis hermanos, y en especial a mi adorada hermana Yenitce Peña, gracias por brindarme su colaboración y apoyo incondicional cuando lo necesite. Te quiero mucho.

A Adolfo Jiménez, aunque ya no estés, te doy las gracias por haberme brindado tu amor, colaboración y apoyo incondicional en cada momento que te necesité.

A mis amigas Quintana Zoleymer, Morillo Francelys, Fernandez Katuska, Guevara Johanna, Manrique Rina, Gutiérrez Carolina, por compartir tantos momentos de alegrías, tristezas, fracasos y éxitos, gracias por estar a mi lado y saber apoyarnos las unas a las otras ante cualquier adversidad de la vida y hacer cada vez mas fuerte y solida nuestra amistad. Amigas por siempre.

Gracias a la Universidad de Oriente, por permitirme ser parte de ella y sentirme orgullosa de egresar como profesional de la casa más alta de estudio.

Muchas gracias a los profesores Ana Sulbaran, Rita Pérez, José Gregorio Páez y Antonio Vegas por brindarnos su amistad, conocimientos, dedicación y apoyo en la realización de este proyecto.

Adriana Pérez.

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, al Divino Niño Jesús y a María Rosa Mística.

A mi Abuela, María Mercedes Quintana González.

A la Memoria de mis abuelos, Pablo Quintana, Jesús Parrela y Emérita de Parrela.

Zoleymer Quintana.

DEDICATORIA

Dedico a nuestro Dios el haber alcanzado con éxito una de tantas metas que aún me quedan por lograr en esta vida, gracias Padre Celestial por estar siempre a mi lado escuchando mis oraciones y dándome la sabiduría y fortaleza cuando más lo he necesitado.

A mis padres, por brindarme su amor, comprensión, colaboración y eterno apoyo en cada etapa de mi vida, muchas gracias. Los quiero mucho.

Adriana Pérez.

**PROGRAMA EDUCATIVO PARA ESCOLARES DE 5TO Y 6TO GRADO
SOBRE DIABETES MELLITUS. U. E. B “FELIX MONTES”
NOVIEMBRE-ABRIL 2009.**

**Adriana Carolina Pérez Peña.
Zoleymer Adriana Quintana Parrella.**

**Departamento de Enfermería, Escuela Ciencias de la Salud, Núcleo Bolívar
UDO.**

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas de mayor incremento en las últimas décadas a nivel mundial, especialmente en países en vías de desarrollo, siendo fundamental la acción preventiva donde la educación diabetológica constituye el mecanismo imprescindible para su manejo. Por tal motivo, se realizó una investigación de tipo descriptivo de corte transversal para evaluar el Programa de Educación Diabetológica dirigido al desarrollo de conocimientos en los escolares de 5to y 6to grado de la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes” en Ciudad Bolívar Noviembre-Abril 2009. La muestra estuvo constituida por 63 escolares, como instrumento se utilizó un cuestionario antes y después de la aplicación del programa para medir el grado de conocimiento alcanzado sobre Diabetes Mellitus, observándose que el 82,5% tenían entre 10 y 11 años; predominando el sexo masculino con un 52,4%. Previamente a la implementación del Programa Educativo los resultados arrojados en el conocimiento de los escolares fue Bajo con un 53,97%. Después de la implementación del Programa Educativo los resultados obtenidos demuestran que 65,08% de los escolares tiene un nivel de conocimiento Muy Bueno, el 19,05% Bueno, el 11,11% Bajo y el 4,76% Muy Bajo. Es preciso destacar que después de la intervención del Programa Educativo se logró incrementar el conocimiento en los escolares sobre la Diabetes Mellitus ayudando así a contribuir a su formación para la prevención y concientización de lo que origina y permita el desarrollo de la enfermedad. Se concluye que el Programa Educativo influyó en el conocimiento de los escolares con un 95% de confianza y con una significación estadística de un Z crítico (Z_c) -8,31 lo que quiere decir; que este fue efectivo en la muestra analizada.

Palabras Claves: Diabetes Mellitus, Programa Educativo, Conocimiento, Escolares.

INTRODUCCION.

La Diabetes Mellitus es un padecimiento antiguo. Dos mil años antes de Cristo, papiros egipcios ya la describían con aceptable precisión. El médico Areteo de Capadocia escribió el primer tratado sobre Diabetes Mellitus, palabra que significa “sifón de melaza”, porque la persona afectada por un lado bebe más agua y elimina más líquidos y por otra, la orina es de sabor dulce melaza. Como reflexión final resaltó que así como una serpiente venenosa mata con sus colmillos, la diabetes mata por el exceso de glucosa y grasa, hay que aprender a “descolmillar” cotidianamente la Diabetes Mellitus (Schmid, 2005).

Este es un síndrome conocido desde hace más de 3000 años. En el Papiro de Ebers descubierto en Egipto, correspondiente al siglo XV antes de Cristo, ya se describían síntomas que parecían corresponder a la diabetes, por lo tanto, dicho papiro es considerado como el documento médico más importante de la antigüedad y el texto más antiguo conocido (1500 años antes de Cristo que hace referencia a la diabetes, recomendando para su tratamiento el uso de determinadas plantas. Pero solo durante el siglo XX fue reconocida su verdadera importancia en la salud de la población, con los trabajos realizados por los jóvenes canadienses Banting y Best, quienes consiguieron aislar la insulina y demostrar su efecto hipoglucemiante. Este descubrimiento significó una de las más grandes conquistas médicas del siglo XX, porque transformó el porvenir y la vida de los diabéticos, abriendo amplios horizontes en el campo experimental y biológico para el estudio de la diabetes y del metabolismo de los glúcidos (Organización Mundial de la Salud OMS, 1997).

La diabetes por fin sale de las sombras, gracias, en parte, a la reciente adopción de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de una Resolución histórica sobre la diabetes. Esta resolución de la ONU, que reconoce la

gravedad de la diabetes y anima a los Estados Miembros a desarrollar políticas nacionales de prevención, tratamiento y atención a la diabetes, está estrechamente vinculada los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU (Francine et al 2007).

La Diabetes Mellitus es una pandemia que constituye un importante problema de Salud Pública en todo el mundo tanto por el número de personas afectadas como por la implicación socioeconómica que presenta el control y tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones. Se ha comprobado que la educación sobre diabetes reduce el riesgo de complicaciones del paciente considerándose este aspecto el pilar fundamental del tratamiento. Educar al paciente implica desarrollar en el los conocimientos, las destrezas, motivaciones y los sentimientos que les permitan aceptar las exigencias terapéuticas de la diabetes con autonomía y responsabilidad pero sin menoscabo de bienestar general, que es el objetivo principal en su manejo (Suarez, 2000).

La prevalencia mundial de la Diabetes Mellitus se ha incrementado en grado impresionante durante los últimos 2 decenios, aunque la prevalencia tanto de Diabetes Mellitus de tipo I como de Diabetes Mellitus tipo II está aumentando con rapidez en el futuro a causa de la obesidad creciente y la reducción de la actividad física. La Diabetes Mellitus se incrementa con la edad. En el año 2000 se estimó que la prevalencia de la diabetes fue de 0,19% en personas menores de 20 años y de 8,6% en mayores de edad. En los individuos de más de 65 años la prevalencia de Diabetes Mellitus fue de 20,1%. La prevalencia es semejante en varones y mujeres dentro de la mayor parte de los grupos de edad, pero es ligeramente más elevada en los varones mayores de 60 años de edad (Kasper et al 2006).

En un principio se pensaba que el factor causante de la Diabetes Mellitus era un consumo alto de hidratos de carbono de rápida absorción. Después se vio que no había un aumento de las probabilidades de contraer Diabetes Mellitus en relación con

los hidratos de carbono de asimilación lenta. Actualmente se piensa que los factores más importantes en la aparición de una diabetes tipo 2 son, además de una posible resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa, el exceso de peso y la falta de ejercicio. Para la diabetes tipo 1 priman, fundamentalmente, la herencia genética, o bien, alguna patología que influya en el funcionamiento del páncreas. La actividad física mejora la administración de las reservas de azúcares del cuerpo y actúa de reguladora de las glucemias. Las reservas de Glucógeno aumentan y se dosifican mejor cuando el cuerpo está en forma, ya que las grasas se queman con más facilidad, reservando más los hidratos de carbono para esfuerzo intensos o en caso de que la actividad sea muy larga que las reservas aguanten más tiempo (OMS, 1999).

Dentro de los factores de riesgos causantes de la Diabetes Mellitus, existen los no modificables como los genéticos edad y sexo; y los no modificables representados por la obesidad, hiperlipidemia, alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo (Saad, 2007).

El estilo de vida moderno, el sedentarismo y los malos hábitos alimentarios, entre otros son los grandes responsables del aumento de Diabetes Mellitus en los más jóvenes. Según estimaciones, en el mundo hay más de 22 millones de niños menores de cinco años obesos o con sobre peso, de los cuales más de 17 millones viven en países en vías de desarrollo. Todos ellos corren el mayor riesgo de sufrir Diabetes Mellitus Tipo II (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2001).

Se reconocen tres formas de Diabetes Mellitus: tipo I, tipo II y Diabetes Gestacional (ocurre durante el embarazo), cada una con diferentes causas y con distinta incidencia. Varios procesos patológicos están involucrados en el desarrollo de la diabetes, estos varían desde destrucción autoinmune de las células β del páncreas con la posterior deficiencia de insulina como consecuencia característica de la Diabetes Mellitus tipo I, hasta anomalías que resultan en la resistencia a la acción

de la insulina como ocurre en la Diabetes Mellitus tipo II. La etiología de la Diabetes Gestacional es parecida a la de la Diabetes Mellitus tipo II, debido a que las hormonas del embarazo pueden crear insulinoresistencia en una mujer predispuesta genéticamente a este padecimiento (OMS, 1999).

Tanto la Diabetes Mellitus tipo I como la tipo II se pueden dar en niños y adolescentes, la abrumadora mayoría de personas afectadas por la diabetes en todo el mundo son adultos. Por ello, las necesidades de los niños suelen pasarse por alto. La Diabetes tipo I, es la enfermedad crónica más frecuentes en niños en los países desarrollados, crece a un ritmo anual del 5% entre los niños de edad preescolar y del 3% en niños y adolescentes, con 70 mil casos nuevos cada año en niños de hasta 14 años en todo el mundo (Thomas et al 2007).

La Diabetes Mellitus Tipo II es una de las más preocupantes patologías a nivel mundial; debido a que ha alcanzado proporciones epidémicas, razón por la cual es considerada un problema de salud pública. En la historia natural de esta enfermedad se encuentran consecuencias muy negativas para los pacientes que la padecen, entre ellas: años perdidos de vida productiva, sufrimiento físico, gastos médicos elevados, alto costo social, ausentismo laboral, incapacidades y limitaciones vitales; debidas a las complicaciones propias de este heterogéneo síndrome (Fernández, 2006).

La Diabetes Mellitus tipo II se ha convertido en el trastorno metabólico más frecuente. Su prevalencia está creciendo a un ritmo alarmante entre los jóvenes del mundo en vías de desarrollo, debido principalmente a los rápidos cambios demográficos y epidemiológicos en dichas regiones (Mohan, 2005).

Los niveles altos de glucosa en la sangre pueden causar diversos síntomas en personas con Diabetes Mellitus tales como: necesidad frecuente de orinar (poliuria), sed excesiva (polidipsia), hambre (polifagia), fatiga o cansancio, pérdida de peso a

pesar de la polifagia, Hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente; sin embargo, debido a que la Diabetes tipo II se desarrolla lentamente algunas personas con niveles altos de azúcar en la sangre son completamente asintomáticas (OMS, 1999).

El diagnóstico de la Diabetes Mellitus se basa en la medición única o continúa (hasta 2 veces) de la concentración de glucosa en plasma. La OMS estableció los siguientes criterios en 1999 para establecer con precisión el diagnóstico: Síntomas clásicos de la enfermedad (Poliuria, Polidipsia, Polifagia y Pérdida de peso inexplicable) más una toma sanguínea casual o al azar con cifras mayores o iguales de 200mg/dl (11.1mmol/L), medición de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126mg/dl (7.0mmol/L). Ayuno se define como no haber ingerido alimentos en al menos 8 horas. La prueba de tolerancia a la glucosa oral (curva de tolerancia a la glucosa). La medición en plasma se hace dos horas posteriores a la ingesta de 75g de glucosa en 30ml de agua; la prueba es positiva con cifras mayores o iguales a 200mg/dl (OMS, 1999).

Tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2, como en la gestacional, el objetivo del tratamiento es restaurar los niveles glucémicos normales, entre 70 y 110 mg/dl. En la diabetes tipo 1 y en la diabetes gestacional se aplica un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos de la insulina. En la diabetes tipo 2 puede aplicarse un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos, o bien, un tratamiento con antidiabéticos orales. Un tratamiento completo de la diabetes debe de incluir una dieta sana y ejercicio físico moderado y habitual. Para conseguir un buen control de la Diabetes Mellitus, en todos los tipos de ésta, es imprescindible la Educación Terapéutica en Diabetes que, impartida por profesionales sanitarios específicamente formados en Educación Terapéutica en Diabetes (médicos o enfermeros/as-Educadores Terapéuticos en Diabetes), persigue el adiestramiento de la persona con Diabetes y de las personas cercanas a ella, para conseguir un buen control de su

enfermedad, modificando los hábitos que fuesen necesarios, para el buen seguimiento del tratamiento (OMS, 1999).

Independiente del tipo de Diabetes Mellitus, un mal nivel de azúcar en la sangre conduce a las siguientes complicaciones la formación desordenada de nuevos vasos sanguíneos, daños de los nervios periféricos, síndrome del pie diabético, heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores, daños en la retina y daño renal (OMS, 1999).

La OMS trata de estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención, control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. Para ello, la Organización: facilita directrices científicas para la prevención de la enfermedad, elabora normas y criterios para la atención de la misma, concientización sobre el significado que ella representa una epidemia mundial (OMS, 2006).

La OMS está trabajando con sus Estados Miembros para poner en práctica en todo el mundo la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud adoptada en mayo de 2004 por la Asamblea de la Salud, para complementar la labor de la organización en relación con la diabetes, centrándose en el fomento de las dietas saludables y la actividad física regular en toda la población, para reducir así el problema creciente de la obesidad y el sobrepeso. En dicha estrategia se pide a todas las partes interesadas que actúen a nivel mundial, regional y local, se recomienda un vasto conjunto de cambios en todos los planos, desde el personal al internacional, pasando por el comunitario y el nacional, que aplicados eficazmente pueden suponer un punto de inflexión en la epidemia de la obesidad. La estrategia aspira transformar los modos de vida a los que se atribuye el aumento del sobrepeso y

la obesidad infantil en los últimos 20 años, y tiene por objetivo lograr una reducción significativa de la prevalencia de la diabetes y otras enfermedades (OMS, 2004).

El objetivo de la educación de un paciente con diabetes es lograr que el adquiera los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para aprender a vivir con la enfermedad. La enseñanza se hace, por lo general, en sesiones impartidas a grupos de pacientes, familiares y comunidad (Navarrete, 2007).

La importancia de la educación al paciente diabético es un aspecto indiscutible para los conocedores de la materia y además, se ha insistido en que tal proceso educativo debe tener en cuenta las características generales y clínicas de los distintos grupos de diabéticos (García et al 1996).

Los estudios de intervención en población de riesgo, dirigidos a disminuir la frecuencia de la aparición de la Diabetes Mellitus tipo II, son considerados orientadores para el enfoque del trabajo con estos pacientes. El objeto del presente estudio es revisar los resultados de investigaciones dirigidas a disminuir el riesgo de padecer de Diabetes Mellitus tipo II. Los sujetos estudiados presentaban alguna de las siguientes condiciones: glucosa alterada en ayuna (GAA) o tolerancia a la glucosa alterada (TGA), antecedente personal de diabetes gestacional y síndrome metabólico. Se concluye que en personas con 25 años o más de edad de ambos sexos, con riesgo de padecer de diabetes tipo II, la adopción en el estilo de vida saludable logra disminuir el riesgo de padecer el síndrome metabólico (Valenciaga et al 2003).

En el mundo hay 22 millones de niños menores de 5 años obesos o con sobrepeso de los que más de 17 millones viven en países en desarrollo. La Diabetes Mellitus tipo I ha experimentado un incremento de casos en el mundo a partir de 1960 este aumento ha sido más importante en países como Suecia y Noruega quienes han reportado un incremento en la incidencia anual de 3,3% y Finlandia en 2,4%

preferentemente en pacientes menores de 15 años y de sexo masculino (Eyzaguirre et al 2006).

Las cifras recientemente publicadas en el Diabetes Atlas, sugieren que más 70 mil niños desarrollan Diabetes cada año e indican que 440 mil niños de todo el mundo de edades por debajo de los 14 años viven hoy con Diabetes tipo I. Al mismo tiempo la Diabetes tipo II que solía ser rara en los niños, crece rápidamente especialmente entre los jóvenes de ciertos grupos étnicos. Hoy día la diabetes tipo II crece a un ritmo alarmante entre los niños y adolescentes, a lo largo de un periodo de 20 años la diabetes tipo II se ha duplicado entre los niños del Japón por ejemplo, de modo que hoy es más frecuente que la tipo I. Entre los niños aborígenes de América del Norte y Australia la prevalencia de diabetes tipo II va del 1,3% al 5,3%, en algunas áreas de los Estados Unidos, se calcula que la diabetes tipo II representa hasta el 45% de los casos nuevos de diabetes en niños (Francineg et al 2007).

Un estudio realizado en la ciudad de Chennai, en el sur de la India, reveló que la prevalencia de diabetes es más alta entre las personas que participan en actividades físicas leves (17%), en comparación con quienes realizan actividades ya sea moderadas (9,7%) o intensas (5,6%). De hecho, el impulsor más poderoso de la epidemia de la diabetes es un notable descenso de los niveles de actividad física especialmente en áreas urbanas (Mohán, 2005). Sin embargo, la concientización sigue siendo baja; tan solo el 12% de las personas que viven en Chennai eran conscientes de que la reducción de la actividad física hace que las personas corran el riesgo de desarrollar diabetes. La promoción de la actividad física en la comunidad es por lo tanto, un paso clave hacia el control de la epidemia de diabetes de origen obeso (Deepa, 2005). India se encuentra en la actualidad a la cabeza del mundo, con unos 41 millones de personas con Diabetes según sus cálculos; se espera que esta cifra aumente hasta alcanzar los 66 millones en el 2025 (Federación Internacional de Diabetes FDI, 2005).

Al igual que los adultos con la afección, los jóvenes con diabetes corren el riesgo de desarrollar complicaciones discapacitadoras y potencialmente mortales. Estudios realizados en el Reino Unido y Escandinavia confirman un mayor índice de mortalidad en niños con diabetes de todas las edades en comparación con los niños sin afección, que es hasta nueve veces mayor en el grupo de edad preescolar, además la investigación a largo plazo muestra que un mal control durante los primeros años de la diabetes tiene un importante impacto sobre el control a largo plazo (Edge, 1999).

En Gran Bretaña se realizó un estudio para determinar si las variables propias de la Diabetes Mellitus predicen la adherencia al tratamiento en niños con Diabetes Mellitus tipo I. Obteniendo como resultado que las madres que poseían mayor conocimiento acerca de la diabetes podían ayudar a sus hijos en el tratamiento y en su control ya que se presenta una variabilidad en la administración de las inyecciones, un control más frecuente de los valores de glucosa en sangre, un porcentaje menor de aportes energéticos de azúcar extrínsecos; al contrario de aquellas madres que poseían menor conocimiento presentaron una menor frecuencia en el control de los valores de glucosa en sangre los cuales pronosticaron un mayor porcentaje de aportes de energía de azúcares extrínsecos (Pastor, 2007).

En España el incremento de la obesidad augura un aumento de los casos de diabetes. La incidencia en nuestro país está aumentando, entre otros motivos, por el envejecimiento de la población, puesto que la diabetes tipo II aparece sobre todos en pacientes de edades avanzadas, sin embargo todavía no se ha registrado un incremento del número de casos por años, aunque los expertos temen que se llegue a los niveles de América o el resto de Europa debido a los cambios de hábitos alimentarios en los españoles (Gomis, 2007).

En Barcelona (España) durante 1989-2002 se han identificado 251 nuevos casos de Diabetes Mellitus tipo I en menores de 5 años con una incidencia media de 6,28 casos por 100.000 habitantes sin diferencias significativas en cuanto a sexo, la tendencia lineal de la incidencia en menores de 5 años es creciente con un incremento promedio anual del 3% mientras que en los de edad de 5-9 años, de 10-14 años y globalmente en menores de 15 años la incidencia se ha mantenido estable (Borras, 2008).

Un estudio realizado en España en el Hospital General de Tomelloso, titulado formación de los pacientes con Diabetes reduce los riesgos y complicaciones crónicas. La muestra fue de 87 pacientes con una media de edad de 47 años que asistían a la consulta de educación diabetológica, los resultados fueron que mejoraron su control metabólico y que el 80% de los pacientes se interesaron más sobre insulinización y autoajuste en el tratamiento (Frijinal et al 2008).

En un estudio realizado en América del Norte a 1740 estudiantes que cursaban el 8vo grado se apreció que la mitad tenía sobrepeso, el 41% tenían niveles elevados de azúcar en la sangre, observando que pocos niños a los que se les practicó el estudio tenían Diabetes Mellitus y los demás con alto riesgo a padecerla (Kufman, 2006).

Estudio realizado en México en 2001, titulado Impacto de un Programa de Promoción de la Salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo II en la comunidad Querétaro, fue un estudio cuasiexperimental con una muestra de 40 pacientes que aceptaron participar en el estudio. Se aplicó un Cuestionario antes y después de la intervención para medir el conocimiento alcanzado. Los resultados obtenidos del estudio fue que el 75% correspondían al sexo femenino y el mayor número de estos en las edades entre 40 y 45 años, mientras que para los hombres las edades de 45-49. Cuando se comparo el conocimiento que poseían los pacientes antes y después de la Aplicación del programa sobre Diabetes Mellitus resultó significativo

($X^2 = 32,23$; $P < 0,05$) el alto nivel de conocimiento alcanzado ya que al finalizar el curso conocían a cerca de la enfermedad un 72,5% de los pacientes y un 10% en el inicio del curso (Otero, 2001).

Estudio realizado en México, en el 2001 cuyo objetivo fue evaluar el impacto del Programa de control y manejo de Diabetes Mellitus en la zona rural del sur del estado de Nuevo León. Es un estudio retrospectivo con una muestra de 797 pacientes con diagnóstico médico de Diabetes Mellitus el instrumento utilizado fue encuesta aplicada al azar. Los resultados obtenidos fueron: el 30,5% eran del sexo masculino y 69,5% de sexo femenino. El 60% se encontraban en los rangos de edad de 50-70 años, el 67,7% se dedicaban al hogar y 22,3% al campo. El 76% solo habían cursado la primaria y 16% analfabetos. Se encontró que el 46,2% nunca habían leído ni recibido información de su enfermedad (Romero et al 2001).

En México en el año 2005 se realizó un estudio en adolescentes sobre los factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo II. Con una muestra de 2104 alumnos. Los resultados arrojaron que el 67% son sedentarios aunque en mayor proporción los varones, ya que el 23% de ellos, ve la televisión más de cuatro horas, 398 resultaron con obesidad, siendo más frecuente en los hombres, el 61% tiene antecedentes de familiares diabéticos, el 30 % de los niños consume refresco todos los días, mientras que el 11 % señalo que no consume (Ferrer, 2005).

Estudio realizado en México basado en la influencia del conocimiento en el autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 realizada en la Unidad de Medicina Familiar, fue un estudio descriptivo, transversal, con una muestra de 2000 pacientes para el cual se aplicaron 2 instrumentos, el primero para identificar los conocimientos que el paciente tiene acerca de la Diabetes Mellitus tipo II y el segundo para determinar las habilidades y motivaciones, obteniendo como resultado

que el 86,9% contaba con conocimiento no satisfactorio y un 13,1% con conocimiento regular. Demostrándose así que el conocimiento de la enfermedad influye en las habilidades y motivaciones en el autocuidado de los pacientes con Diabetes tipo II (Flores et al 2006).

Un estudio descriptivo realizado en la Universidad de Guadalajara México con el fin de identificar el conocimiento que presentan los estudiantes de medicina acerca de los conceptos usuales de los pacientes diabéticos sobre su enfermedad. Se seleccionó la muestra en forma aleatoria 275 estudiantes. Se le aplicó el instrumento Diabetes Knowledge Questionnaire, el 75,82% tenía conocimiento básico de la enfermedad, en el control glucémico 70,7% y en medidas de prevención y complicaciones 71,9%. Estos resultados arrojaron que el conocimiento de los estudiantes de Medicina en cuanto a los conceptos que debe tener los pacientes diabéticos sobre su enfermedad se incrementa en forma significativa en cuanto aumenta los semestres de estudio, los primeros ciclos escolares tienen la tendencia a ser semejantes a la población de pacientes diabéticos de la región, sin embargo los alumnos del octavo semestre tienen deficiencias en el conocimiento en áreas básicas que los pacientes deberían de dominar (Bustos et al 2007).

Una investigación realizada en Cuba, titulada resultados de la estrategia cubana de educación en Diabetes tras 25 años de experiencia; donde muestra como se ha desarrollado esta acción en el Programa Nacional de Diabetes Mellitus. La primera etapa de trabajo (década del 70) se centró en declarar la educación como función primordial, alcanzando un aumento significativo de los conocimientos sobre la enfermedad. En la segunda etapa (década 80), el diseño de un Programa de Educación en Diabetes constituyó un salto de calidad. En la tercera etapa (del 90 a la fecha), se extendió el programa a todos los servicios del sistema de salud y se apoyaron diferentes países de la región para el desarrollo de sus programas. El modelo teórico planteado en el programa Nacional de educación en Diabetes mostró

ser eficaz, tras 25 años de experiencia. Su desarrollo desde la práctica a la teoría, permitió su avance desde el producto inicial hasta su generalización a todo el sistema nacional de salud (Suarez, 2007).

En Cuba se realizó un estudio de tipo prospectivo enfocado en los resultados de la educación para la diabetes, dirigido a proveedores de salud y pacientes diabéticos, cuyo universo estuvo conformado por 59 médicos y 58 enfermeras de los consultorios de la familia y la población diabética adulta la cual asisten a 2 áreas de salud diferentes. El nivel de conocimiento de la población estudiada fue determinado mediante un cuestionario aplicado al inicio y al final del estudio, al finalizar el estudio se pudo constatar que aumentó significativamente en un 90% los conocimientos de los proveedores de salud del área intervenida lo que influyó, positivamente en un aumento de los conocimientos de la población diabética (Suarez et al 2000).

Una investigación realizada en Cuba con el objetivo de evaluar, en forma prospectiva, los cambios clínicos, bioquímicos y terapéuticos obtenidos después de participar en un programa de educación grupal, con metodología interactiva en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo II y sobrepeso corporal u obesidad. El estudio incluyó 40 pacientes no insulino dependientes, obesos o en sobrepeso y preferentemente de reciente inicio de la enfermedad, seleccionados en orden cronológico de asistencia a la consulta ambulatoria. Entre los resultados obtenidos fueron un aumento significativo de los conocimientos sobre la enfermedad y una disminución del peso corporal, de los síntomas clásicos de la enfermedad y de la dosis diaria de hipoglucemiantes orales. Se comprobó, una vez más, la influencia de la intervención educativa en la mejor comprensión y adhesión al tratamiento así como su traducción en la normalización de indicadores clínicos, bioquímicos y terapéuticos (García et al 2003).

En Cuba, se realizó un estudio pre-experimental antes y después, de tipo intervención educativa denominado “Sonríe con Salud”, para modificar los conocimientos y actitudes sobre higiene bucal en alumnos del cuarto grado del centro escolar “José Antonio Echeverría”. Al evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en ambas etapas del estudio, se observó que 79 niños (98,7%) alcanzaron calificaciones deficientes en la etapa inicial posteriormente se obtuvo que 70 niños (87,5%) lograron un alto nivel de conocimiento y 9 (12,5%) conocimiento regular lo cual fue estadísticamente significativo al aplicar el Contraste de Hipótesis para medias de 2 muestras con un intervalo de confianza de un 95% (Bolaños et al 2005).

En Puerto Rico se investigó un efecto de la Educación en la dieta de un grupo de diabéticos. Escogieron 14 pacientes diabéticos entre 20 a 65 años que asistieron al Programa Educativo sobre la Diabetes Mellitus. Los sujetos se dividieron por grupos de edades, de 28-49 de 50-65 años y se clasificaron en insulino dependiente y en insulino no dependiente. Se les realizó una prueba de conocimiento antes y después del curso. Los resultados obtenidos reflejaron que mediante la educación se lograron cambios positivos en los hábitos alimentarios de los pacientes también se reflejó que hubo un aumento de conocimiento al finalizar el Programa Educativo. La prueba inicial demostró que existía una deficiencia de conocimiento al principio del curso; 71% de los pacientes obtuvieron calificaciones menores de 75%. Al finalizar el Programa el 100% de los sujetos obtuvieron calificaciones de 75% o más (O’Neili, 1985).

Tomando en consideración la alta incidencia de Diabetes, se llevó a cabo, un estudio para evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos entre las edades de 12 a 18 años sobre el manejo de su condición, los cuales reciben cuidado médico en las clínicas externas de un hospital pediátrico en Puerto Rico, los datos se recopilaron mediante el uso de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre el manejo de su enfermedad, logrando

observar como resultado de estudio, que dos de cada tres adolescentes obtuvieron un 67% en la prueba de conocimiento entre excelente y bueno. Una vez analizados los resultados se pudo concluir que los pacientes en estudio lograron un óptimo nivel de conocimiento (Muñoz, 1999).

Otro estudio realizado en Nicaragua en la consulta externa del Hospital “Dr. Roberto Calderón” y atención privada, se llevó a cabo un estudio para determinar el nivel de conocimiento entre pacientes diabéticos que asisten a dicha consulta, utilizando un estudio prolectivo, transversal, de prevalencia y observacional. Se aplicó una encuesta para la recolección de la información donde se incluían los datos generales de cada paciente y 30 preguntas sobre diabetes. Se puede observar a través de los resultados que el grupo del hospital arrojó 61% de conocimiento adecuado, mientras que el grupo de atención privada obtuvo 14,5%, demostrando así que el conocimiento que poseían los pacientes fue de 50% en ambos grupos en el rango de 150 a 200, reflejando un adecuado conocimiento (Gómez, 2005).

Un proyecto comunitario de intervención educativa sobre la diabetes dirigida al primer nivel de atención de salud el cual fue realizado en la provincia de Cartago Costa Rica cuyo objetivo es ofrecer una alternativa de educación en el cual participaron los pacientes, sus familiares y el personal de salud, obteniendo como resultado que los participantes no asocian la causa de la diabetes con la herencia, perciben la Diabetes Mellitus como una enfermedad incurable, consideran que se pueden retrasar sus complicaciones, temen el uso y consecuencia de la insulina. La capacitación del personal sanitario en cuanto al tratamiento y prevención de la Diabetes Mellitus mostraron un aumento de los conocimientos en un 85% mientras que los pacientes que recibieron el curso registraron una reducción significativa del 25% de los valores de glicemia (Arauz et al 2001).

Un estudio titulado una intervención para mejorar un control de la Diabetes en Chile; este consistió en evaluar la eficacia de un programa de intervención educativa. Se realizó un ensayo aleatorio y controlado para demostrar la aceptabilidad de un programa de intervención que incluyó la educación diabetológica. Los pacientes fueron agrupados en tres categorías, teniendo en cuenta características clínicas tales como la duración de la diabetes, su tratamiento y los antecedentes de hospitalización. Los que cumplieron con el criterio de inclusión y exclusión fueron asignados aleatoriamente a un grupo que recibió la intervención educativa (210 pacientes) o a un grupo de control que recibió la asistencia habitual (206 pacientes). Los dos grupos eran similares con respecto a la edad (media de 52,3% y 50,5 años) y a la proporción de pacientes con diabetes tipo I (13,8% y 16,0%). En el grupo de intervención el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas aumento del 57, 5% al principio del estudio al 82, 5% al final del mismo (Barceló et al 2001).

Estudio realizado en Chile en el 2006 sobre Programa multidisciplinario para tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo I con una muestra de 54 niños y adolescentes con el objetivo de lograr niveles de glicemia normal, sobre Diabetes Mellitus en niños menores de cinco años cuyo objetivo era conocer la proporción de los niños que debutaron con esta enfermedad y comparar los parámetros clínicos y de laboratorio. Los que debutaron con Diabetes Mellitus tipo I eran menores de 5 años seguido de un 43,8% con una edad de 5 -9 años y un 36,5% con edades comprendidas 10-14 años (Eyzaguirre 2006).

Una investigación realizada en el hospital de Tarapoto (Perú), señala que durante la asistencia de los pacientes diabéticos a charlas y controles constantes, obtuvieron como resultado un promedio de glicemia pos-prandial de 171,58 mg, meses después cuando estos dejaron de asistir a dicho centro se observaron en las pruebas de glicemia un índice muchísimo mayor de 259,94 mg, esto quiere decir que se debe de incentivar y educar a los pacientes a través de charlas instructivas y

periódicas para obtener un mejor control de su anormalidad metabólica (Calderón, 1997).

Estudio realizado en Perú en 2007, cuyo objetivo central fue establecer si un programa educativo basado en el autocuidado de miembros inferiores sería efectivo para la prevención de complicaciones en pacientes diabéticos del Hospital de Sullana. Fue una investigación cuantitativa del tipo aplicada explicativa, cuasiexperimental de grupo control y grupo experimental. Con una muestra de 200 pacientes. Los resultados obtenidos fueron: La gran mayoría de los pacientes presentan grado II (ulceras profundas con compromiso de tendones) y en escasa proporción grado III (ulceras con compromiso óseo); mientras que el grupo experimental los pacientes presentan grado II y en menor frecuencia grado IV (gangrena localizada), (Farfán, 2007).

Los pacientes diabéticos que no llevaron el Programa Educativo presentan alto grado de lesión y complicaciones; mientras que los grupos experimental aumentaron su nivel de conocimiento sobre evitar complicaciones de la Diabetes. El Programa Educativo aplicado al grupo experimental permitió comprobar su efectividad en el objetivo del estudio (Farfán, 2007).

En Perú, se realizó un estudio cuasi experimental de tipo longitudinal, orientado a determinar la efectividad en la aplicación de un Programa Educativo sobre el conocimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la muestra estuvo constituida por 50 alumnos de quinto año de sexo masculino con edades comprendidas entre los 15 y 18 años. El instrumento utilizado fue el cuestionario el cual se aplicó previo y posterior a la implementación del programa educativo. Obteniéndose como resultado que el nivel de conocimiento sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y sus diferentes aspectos evaluados fueron notablemente deficientes en un 72% previo a la implementación del programa para

luego alcanzar un aumento altamente significativo en un 94% de conocimiento posterior a la aplicación del programa educativo (Corzo, 2008).

En Brasil un estudio realizado con la finalidad de describir la satisfacción de los pacientes diabéticos con las informaciones recibidas y la atención ofrecida después de la implementación de un programa educativo. Para esto, fue aplicado un cuestionario de satisfacción a 54 diabéticos que participaron en el Programa por un periodo de doce meses. Con relación a las informaciones recibidas durante la atención, los pacientes refirieron que ellos atendieron a sus necesidades, siendo que el 59,3% de ellos mencionó, las informaciones relacionadas con la alimentación, el 33,3% los medicamentos, el 31,5% el control glicémico. Para modular la dinámica de trabajo y proporcionar elementos importantes para la educación, se recomienda la utilización del cuestionario en otros estudios de esta naturaleza, para que se puedan comparar los resultados obtenidos en diferentes contextos de salud (Zanety et al 2005).

Una investigación realizada en el consultorio de endocrinología y metodología del hospital de Sao Paulo (Brasil), enfocado en el conocimiento que poseen los pacientes sobre diabetes Mellitus en el proceso de autocuidado. Cuya muestra estuvo representado por 84 pacientes diabéticos que asisten a ese hospital, la recolección de datos fue realizada mediante una entrevista el cual fue aplicado antes y después de la consulta médica, como resultado se obtuvo que 28,6% respondieron correctamente sobre que es diabetes y cuáles son sus causas, se encontraron aspectos que dificultan el proceso de aprendizaje tales como el poco conocimiento en relación con la enfermedad etiología y síntomas (Pace et al 2006).

En Colombia se realizó un estudio observacional, descriptivo enfocándose en la prevención de Diabetes Mellitus e Hipertensión, teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida, cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad, asegurar el cumplimiento del tratamiento y prevención de las complicaciones a largo plazo. Se

aplicó un instrumento de evaluación de conocimientos iniciales y finales, en el cual se pudo concluir que las personas asistentes tenían un alto porcentaje de conocimientos previos (73%), los cuales mejoraron posteriormente (82%) y que los conocimientos están directamente relacionados con el grado de escolaridad. De esta forma se pudo reforzar los conocimientos que no tenían muy claros y afianzar los que tenían (Tique, 2001).

Un estudio enfocado a la falta de conocimiento acerca del tratamiento y cuidado que tienen los niños diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo I, este tuvo como principal objetivo estudiar los cuidados prestados a estos niños en la Unidad Hospitalaria del Servicio de Pediatría Santa María del Rosell (Cartagena-Colombia) y analizar la situación de salud de los mismos para proyectos futuro, obteniendo como resultado, que la tasa de incidencia de Diabetes Mellitus en esta unidad de hospitalización ha sido de 4,24/1000 encontrando oscilaciones entre años que van desde 11.33/1000 en el año 2000. Los niveles de educación y participación de los niños y sus padres en su cuidado han sido calificados por las enfermeras de escasos o pocos hasta la implantación de un programa específico en el año 2000 (Blanco et al 2001).

En Venezuela, la Diabetes constituye un grave problema de tipo epidemiológico, por cuanto aproximadamente un 7% de la población se ve afectada por dicha enfermedad, no conociéndose las cifras exactas de sus efectos en la sociedad venezolana. En Venezuela se calcula actualmente, que hay alrededor de 900.000 personas que padecen de diabetes, con una prevalencia estimada de manera variable entre 1% y 6%, y una tasa de mortalidad de 14,6/ 100.000 habitantes, ocupando el séptimo lugar entre las causas principales de muerte en el país, y con una mayor frecuencia que se encuentra entre los 45 y 65 años (Cañón, 2005).

En relación con la mortalidad por tipo en el año 2000 en Venezuela, el 3,8 % correspondió a la mortalidad por diabetes tipo I, el 58,5 % al tipo 2 y el 37,7 % a diabetes no especificada según su tipo (Anônimo, 2004).

Un estudio titulado evaluación de un Programa de Educación Diabetológica dirigido al desarrollo del conocimiento, habilidades y motivación para el autocontrol de la Diabetes Mellitus en pacientes diabéticos, en el ambulatorio urbano tipo I Pueblo Nuevo Barquisimeto (Venezuela). Para ello, se seleccionó una muestra no probabilística intencional de 37 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Se utilizó una encuesta estructurada antes y después de la aplicación del programa. Posteriormente a la aplicación del programa se evidenció que el programa permitió brindarles a los pacientes diabéticos la adquisición de conocimientos, habilidades destrezas y su ascenso en la fase de motivación (Chávez, 2003).

Un estudio realizado en Mérida (Venezuela) en el 2001 sobre el nivel de conocimiento de la Diabetes y sus complicaciones crónicas en pacientes diabéticos el Hospital I de Lagunillas; es un estudio descriptivo, documental, de campo y corte transversal con una muestra de 100 pacientes diabéticos tomados al azar. Los resultados obtenidos: fueron 27% de los pacientes opinaron que la Diabetes Mellitus se controla con dieta y medicamentos, el 10% dice que se controla pero no se cura, el 9% que es una enfermedad crónica el 6% que si no se controla puede ocasionar complicaciones y hasta la muerte, el 48% piensa que todas las opiniones anteriores son correctas. Los pacientes reciben información del médico 39%, de las enfermeras 31%, de revistas y periódicos 6% y 4% a través de un club (Hernández et al 2001).

Otro estudio realizado en Mérida (Venezuela) en el 2007 titulado: Conocimiento sobre su enfermedad en adolescentes con Diabetes Mellitus tipo I en el Servicio De Endocrinología del H.U.L.A, es un estudio descriptivo, correlacionar y de corte transversal con una muestra de 39 niños y adolescentes con Diabetes

Mellitus tipo I, los resultados obtenidos revelaron que más de la mitad de los pacientes tienen mal control Glicémico a pesar de tener un buen nivel de conocimiento, la mayoría ha recibido información sobre su enfermedad; del médico un 76%, de la familia 5% y de la enfermera 3%. El nivel de conocimiento sobre su enfermedad fue Excelente en 35,9%, Bueno 41%, Regular 10% y Malo 13%. De los 39 adolescentes el 23% tiene buen control Glicémico y 77% tiene mal control Glicémico (Dávila, 2007).

Numerosos estudios han demostrado el impacto positivo que puede ejercer la educación; por lo que se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo, orientado a diseñar un Plan Operativo para mejorar la Educación Diabetológica de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que acuden a la consulta externa del Servicio de Medicina del Complejo Hospitalario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar. Para ello se realizó una medición del nivel de Educación Diabetológica a partir de una muestra constituida por 62 pacientes que fueron atendidos durante el periodo comprendido entre Junio y Noviembre del año 2005. A partir del Modelo de Triangulación de la realidad del paciente con Diabetes Mellitus Tipo II, se estudiaron las tres dimensiones que la conforman ; para lo cual se recurrió a la técnica de observación y la de la encuesta tipo cuestionario, aplicándose tres instrumentos que permitieron determinar sus fortalezas y debilidades, así como también las oportunidades de mejora; lo que justificó el diseño de un plan operativo que reúne las líneas de acción que pueden seguirse en la búsqueda de favorecer el autocuidado y autocontrol deseables en estos pacientes (Fernández, 2006).

Los niños con diabetes tienen el derecho de acudir a la escuela sin sufrir discriminación, a participar en las actividades escolares y a tener el beneficio de una atención competente y segura mientras estén en la escuela, lejos de su familia. Tanto los profesores como los compañeros de clase deberían recibir educación sobre la

diabetes, tanto para disipar mitos y prejuicios como para aprender los modos en los que pueden promover una buena atención (Thomas et al 2007).

La escuela colabora no solo con la adquisición de conocimientos de los niños y adolescentes. La salud es un derecho y el bien máspreciado de todos, y la escuela ofrece un ámbito apropiado para prevenir, la diabetes y la obesidad. En la escuela, a través de un enfoque multidisciplinario se puede influir en las conductas alimentarias y en los niveles de actividad física. La meta es fomentar y crear hábitos de vida saludables mediante la concientización del consumo de una dieta sana. Y proponer la participación de este proyecto de toda la comunidad educativa: profesorado, alumnado y familia. Ya que ejercen un rol fundamental en la adquisición de los hábitos en los niños/as desde pequeños. La escuela debe de estar unida y en colaboración continua con la familia y adaptarse al entorno en que se ubica, rural o urbano. Se debe respetar la diversidad adaptando los diferentes estilos de vida y hábitos en la dieta ejercicio entre otros (Navas, 2008).

Los planteamientos hechos anteriormente motivaron a la realización del presente estudio en este sentido se intentará probar la siguiente hipótesis e interrogante:

Se esperan cambios significativamente estadísticos en el conocimiento de los escolares de 5to y 6to grado como resultado a la implementación de un Programa Educativo sobre Diabetes Mellitus en la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes” Ciudad Bolívar Noviembre-Abril 2009.

¿Cómo influye la implementación de un Programa Educativo sobre Diabetes Mellitus en el conocimiento de los escolares de 5to y 6to grado en la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes” Ciudad Bolívar Noviembre-Abril 2009?

JUSTIFICACION:

La Diabetes Mellitus constituye hoy en día una enfermedad de interés mundial ya que afecta a personas sin distinción de raza, nacionalidad, estrato social, edades y profesión constituyendo así un Problema de Salud Pública en todo el mundo (OMS, 1999).

Su incidencia y prevalencia cada día se incrementan por diversas razones como el aumento de la expectativa de vida, los hábitos alimenticios inadecuados y la tendencia de vida sedentaria. Por estas razones la educación del paciente diabético se ha convertido en la piedra angular del tratamiento; estudios han demostrado que programas de educación tales como instrucción en el conocimiento de la enfermedad, talleres, charlas entre otros mejoran el control glucémico, la admisión hospitalaria y disminución de las complicaciones como la insuficiencia renal y las amputaciones (Tique, 2001).

Se estiman que existen 190 millones de diabéticos en el mundo y que para el año 2025 se calcula que alcanzaría 330 millones. En Latino América y el Caribe la diabetes fue la causa de mortalidad en el año 2001 se ha estimado que para el 2030 el número de personas que la sufren en nuestros países pasará de 13.3 millones a 32, 9 millones, es decir un incremento de más del doble (OMS, 2008).

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la Diabetes Mellitus, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes. Cualquier diferencia en la dieta, el nivel de estrés, el ejercicio u otros factores puede afectar el nivel de azúcar en la sangre. Por lo tanto, cuando mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que pueda ganar sobre su condición.

Debido al gran impacto que causa el diagnóstico de esta enfermedad en la vida familiar, se requiere la asistencia de un grupo de apoyo educativo y psicológico para lograr que la familia acepte, se instruya en el manejo de la diabetes y ser funcional para convivir con esta nueva situación. Por lo tanto, la familia, los maestros representan un papel muy importante en el manejo de estos niños ya que es el punto de apoyo para que el niño pueda adaptarse y aprender a convivir con esta deficiencia.

Los programas de capacitación se muestran como una herramienta para cambiar la visión de la población hacia conceptos errados sobre la diabetes, así mismo ayuda a adoptar y a mantener hábitos y conductas necesarias para garantizar un control óptimo de Diabetes.

Ante tal problemática motivadas e interesadas por esta situación el presente estudio se justifica por cuanto se pretende implementar un Programa Educativo sobre Diabetes Mellitus, a una población de escolares, el cual les va a servir de modelo para prevenir y reducir el riesgo de las complicaciones de la patología, demostrando que esta si se puede evitar en las personas con alto riesgo a desarrollarla y así contribuir con el fomento de la salud en la comunidad.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la Influencia de un Programa Educativo sobre Diabetes Mellitus en el conocimiento de los escolares en la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes” en Ciudad Bolívar 2009.

Objetivos Específicos

1. Identificar a los escolares según su edad y sexo.
2. Diseñar un Programa Educativo sobre Diabetes Mellitus.
3. Aplicar un Programa Educativo sobre Diabetes Mellitus.
4. Evaluar el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus en los escolares antes y después de implementar un programa educativo.

MATERIALES Y METODOS

Diseño de la Investigación

El presente estudio es una investigación de tipo descriptivo de corte transversal.

Población

La población estuvo conformada por 66 escolares de la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes” Ciudad Bolívar Noviembre-Abril 2009.

Muestra

La muestra quedó constituida por 63 escolares de 5to grado y 6to grado de la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes” Ciudad Bolívar Noviembre-Abril 2009. Se excluyeron 3 escolares de 6to grado ya que no asistieron a la Implementación del Programa Educativo.

Métodos y Técnicas para la Recolección de los Datos

Para la recolección de los datos se utilizó el Cuestionario, representado como Apéndice A; para conocer las variables como edad, sexo, y nivel de conocimiento antes y después de la aplicación del Programa Educativo. El Cuestionario estará conformado por 10 ítems de selección simple, cada uno tendrá una valoración de 2 puntos para obtener un total de 20 puntos para cuyo efecto se utilizará la presente escala:

PUNTAJE.	VALORACIÓN DE CONOCIMIENTO.
0-5	Bajo.
6-10	Muy Bajo.
11-15	Bueno.
16-20	Muy Bueno.

El Programa Educativo sobre Diabetes Mellitus (Apéndice B), estaba formado por cuatro unidades las cuales son las siguientes: Unidad I que explicaba que es la Diabetes Mellitus y sus tipos, la Unidad II en donde se identificaron las manifestaciones clínicas (signos y síntomas) y causas, la Unidad III que trataba de cómo diagnosticar y cuál era el tratamiento de la patología y la Unidad IV que explicaba la prevención y describía las consecuencias de la Diabetes Mellitus.

Procedimiento

- Se solicitó al personal directivo y docente de la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes” su autorización y colaboración para la realización del Programa Educativo.
- Se le informó a los escolares el objetivo del Programa Educativo.
- Se le aplicó un cuestionario previo a la implementación del Programa Educativo para medir el grado de conocimiento de los escolares.
- Se implementaron Charlas Educativas con material visual y se le hizo entrega de trípticos a los escolares, docentes con información eficaz y sencilla para una mayor comprensión de la misma.
- Se aplicó un Cuestionario luego de haber desarrollado el Programa Educativo con las técnicas antes mencionadas para demostrar la influencia de dicho programa en el conocimiento de los escolares.

- Con la ayuda de un experto se tabularon y graficaron los resultados de la investigación.

Validación del Instrumento

El instrumento diseñado para recolectar la información requerida en este estudio fue evaluado por expertos en el tema con la finalidad de realizar las correcciones necesarias para su aplicación y de esta forma aportar ideas significativas para fortalecer el mismo. (Apendice C)

Plan Tabulación y Análisis

Los datos se presentaron en cuadros estadísticos de Frecuencia Simple de una y doble entrada con cifras absolutas, seguido de su respectivo análisis. Como prueba estadística se utilizó el Contraste de Hipótesis para determinar los significados estadísticos.

RESULTADOS

Tabla 1.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA EDAD DE LOS ESCOLARES DE 5TO Y 6TO GRADO DE LA UNIDAD EDUCATIVA BOLIVARIANA “FELIX MONTES”. CIUDAD BOLÍVAR NOVIEMBRE-ABRIL 2009.

EDAD	N°	%
10-11	52	82,5
12-13	10	15,9
14-15	1	1,6
Total:	63	100

Fuente: Cuestionario realizado a los escolares de 5to y 6to grado en la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes”. Noviembre-Abril 2009.

La tabla 1, presenta a los escolares según la edad, obteniéndose el 82,5% de los escolares se encuentran entre edades comprendidas de 10-11 años, mientras que el 15,9% entre las edades de 12-14 años y 1,6% entre 14-15 años, siendo la edad promedio 10 años de los 63 escolares en estudio.

Tabla 2.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL SEXO DE LOS ESCOLARES DE 5TO Y 6TO GRADO DE LA UNIDAD EDUCATIVA BOLIVARIANA “FÉLIX MONTES”. CIUDAD BOLIVAR NOVIEMBRE-ABRIL 2009.

SEXO	N°	%
Masculino	33	52,4
Femenino	30	47,6
Total:	63	100

Fuente: Cuestionario realizado a los escolares de 5to y 6to grado en la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes”. Noviembre-Abril 2009.

En la tabla 2, se observa que de los escolares en estudio el 52,4% eran de sexo masculino y el 47,6% eran de sexo femenino.

Tabla 3.

NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE DIABETES MELLITUS EN LOS ESCOLARES DE 5TO Y 6TO GRADO DE LA UNIDAD EDUCATIVA BOLIVARIANA “FELIX MONTES” CIUDAD BOLÍVAR NOVIEMBRE-ABRIL 2009.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
Muy bajo	6	9,52
Bajo	34	53,97
Bueno	22	34,92
Muy bueno	1	1,59
Total:	63	100

Fuente: Cuestionario realizado a los escolares de 5to y 6to grado en la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes”. Noviembre-Abril 2009.

$$\bar{x} = 9,38 \quad \pm 11,28$$

La tabla 3, muestra que el nivel de conocimiento de los escolares antes de la implementación del Programa Educativo de acuerdo con la escala: un 53,97% mostró tener un conocimiento Bajo, un 34,92% tiene una Buena noción, 9,52% posee un nivel Muy Bajo y 1,59% tiene un conocimiento Muy Bueno de la Diabetes Mellitus. Con una media (\bar{x}) de 9,38 y una desviación (\pm) de 11,28 puntos.

Tabla 4.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE DIABETES MELLITUS EN LOS ESCOLARES DE 5TO Y 6TO GRADO DE LA UNIDAD EDUCATIVA BOLIVARIANA “FELIX MONTES” CIUDAD BOLÍVAR NOVIEMBRE-ABRIL 2009.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
Muy bajo	3	4,76%
Bajo	7	11,11%
Bueno	12	19,05%
Muy bueno	41	65,08%
Total:	63	100

Fuente: Cuestionario realizado a los escolares de 5to y 6to grado en la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes”. Noviembre-Abril 2009.

$$\bar{x} = 15,20 \quad \pm 19,46$$

La tabla 4, muestra que el nivel de conocimientos de los escolares después de la implementación del Programa Educativo de acuerdo con la escala: mostró un 65,08% un conocimiento Muy Bueno, el 19,05% tiene una Buena noción, el 11,11% posee un nivel Bajo y 4,76% tiene un conocimiento Muy Bajo de la Diabetes Mellitus. Con una media (\bar{x}) de 15,20 y una desviación (\pm) de 19,46 puntos.

Tabla 5.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ESCOLARES DE 5TO Y 6TO GRADO ANTES Y DESPUES DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA EDUCATIVO EN LA UNIDAD EDUCATIVA BOLIVARIANA “FELIX MONTES” CIUDAD BOLÍVAR NOVIEMBRE-ABRIL 2009.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
Muy Bajo	6	19,52	3	4,76
Bajo	34	53,97	7	11,11
Bueno	22	34,92	12	19,05
Muy Bueno	1	1,59	41	65,08
Total:	63	100%	63	100%

Unidad Fuente: Cuestionario realizado a los escolares de 5to y 6to grado en la Educativa Bolivariana “Félix Montes”. Noviembre-Abril 2009.

$$Z_c = -8,31 \quad \bar{x} = 9,38 \quad \bar{x} = 15,20$$

La Tabla 5, muestra que al comparar el nivel de conocimiento de los 63 escolares antes y después de la Implementación del Programa Educativo; se observó que el conocimiento Muy Bueno varía favorablemente en la aplicación del último Cuestionario; de 1,59% antes a 65,08% después. Igualmente el conocimiento Bueno sufre una disminución después de aplicar el último Cuestionario con 34,92% antes y

19,05% en el después. Así mismo disminuye el conocimiento Bajo y muy Bajo en el ultimo Cuestionario. Se obtuvo una significancia estadística donde el Z crítico (Z_c) es igual a -8,31 aceptándose así la Hipótesis Alternativa (H_1) y rechazándose la Hipótesis Nula (H_0).

DISCUSIÓN

El creciente y vertiginoso aumento del número de personas con Diabetes Mellitus en todo el mundo constituye la mayor epidemia de una enfermedad en la historia del Ser Humano, se calcula que cerca de 4 millones de muertes al año están relacionadas directamente con la afección que es hoy día la cuarta causa de muerte por enfermedad. Es importante indicar que la máxima prevalencia de Diabetes Mellitus se está produciendo en el mundo en vías de desarrollo (Silink 2007).

La Educación Diabetológica es una herramienta para el control de la enfermedad, pero es el propio paciente el que tiene en sus manos su autocontrol y solo podrá lograrlo teniendo conocimiento sobre su enfermedad. En algunos lugares la educación del paciente y su familia se realiza en forma individual durante las consultas médicas, con la participación del médico nutricionista y profesionales de enfermería. La enseñanza de grupos es común y aumenta la cobertura permitiendo el uso de medios audiovisuales que facilitan la retención del conocimiento. La asociación de diabéticos constituye núcleos motivadores de la enseñanza y han fomentado la organización de programas de charlas, seminarios, entre otros. La educación del público es de tanta o mayor trascendencia puesto que su participación es esencial para el diagnóstico precoz y para obtener un control adecuado de la Diabetes Mellitus. (Murtagh 1995)

En esta investigación la edad cronológica de los escolares fue de 82,5% en edades comprendidas 10-11 años, seguido de 15,9% del grupo de 12-13 años y 1,6% entre las edades de 14-15 años. El resultado obtenido en este estudio, es similar a un estudio realizado en Venezuela en el periodo 2007, donde el mayor porcentaje se encontró en las edades comprendidas entre 10-16 años (Dávila 2007). Y difiere del resultado obtenido por Otero en México en el 2001 Impacto de un Programa de

Promoción de Salud donde el mayor número están en las edades 40-45 años en el sexo femenino y 45-49 años en el sexo masculino. Otro estudio realizado en Chile en 2006 sobre un Programa Multidisciplinario para el tratamiento de Diabetes Mellitus tipo1 difiere del estudio donde el 19,7% eran menores de 5 años, seguidos de 43,8% con la edad comprendida entre 5-9 años y un 36,5% con edades comprendidas 10-14 años (Eyzaguirre 2006). Estudio realizado en México en 2001 en la ciudad de Nuevo León difiere del estudio donde el 60% de la edad estaba comprendida entre 50-70 años (Romero 2001).

El sexo de mayor predominio en el estudio fue el masculino con 52,4% y el femenino con 47,6. Difiere del estudio realizado en México en el 2001 sobre el impacto de un Programa de Promoción de la Salud donde el 75% eran del sexo femenino (Otero 2001). Otro estudio realizado en México difiere en donde el 30,5% eran del sexo masculino y el 69,5% del femenino (Romero 2001). Igualmente otro estudio realizado en Venezuela en el 2007 difiere donde el mayor porcentaje fue el sexo femenino con 38,55% (Dávila 2007).

En esta investigación se demostró que comparando los resultados antes y después de implementar el Programa educativo sobre Diabetes Mellitus a escolares de 5to y 6to grado de la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes” en Ciudad Bolívar; se observó que el nivel de conocimiento fue Bajo con un 53,97% antes y un conocimiento Muy Bueno de 65,08% después de aplicar el Programa. Estudio realizado en Chile en el 2001 sobre un Programa de Intervención Educativa Diabetológica es similar ya que los resultados arrojados en el antes fueron de 57,5% y después de aplicar el Programa fue de 82,5% (Barcelo 2001). Otro estudio realizado en Perú en el 2008 sobre un Programa Educativo para medir el grado de conocimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), donde se obtuvieron resultados parecidos debido a que previo a la aplicación del Programa se

obtuvo un 72% y un 94% posteriormente (Corzo 2008). Estudio realizado en Colombia en el 2001, es similar ya que los conocimientos obtenidos en el antes fueron de 73% y después de aplicar el Programa Diabetológico se obtuvo un incremento de un 82% (Tique 2001). En Puerto Rico 1985 se realizó una investigación sobre un Programa Educativo de Diabetes Mellitus encontrando similitud en un 75% en la prueba inicial y un aumento significativo de un 100% al finalizar el Programa (O'Neili 1985). El estudio realizado en México en el 2001 titulado Impacto de un Programa de Promoción para la Salud refleja semejanza en los resultados demostrando en el antes un 10% y en el después 72,5% en el nivel de conocimiento (Otero 2001). En Cuba se realizó una Intervención Educativa para modificar los conocimientos y actitudes sobre Higiene Bucal observando que al inicio del Programa se obtuvo un 98,7% para luego alcanzar un incremento en el nivel de conocimiento de un 100% (Bolaños 2005).

Al analizar el puntaje entre el antes y el después se obtuvo que el después fue Muy Bueno, en cambio el resultado del antes fue Muy Bajo. Este hallazgo permite confirmar la hipótesis, el cual arrojó cambios estadísticamente significativos con un Z crítico (Z_c) de -8,31 lo que demuestra el 95% de confiabilidad aceptándose la hipótesis alternativa.

CONCLUSION

- Las variables en estudio fueron edad, sexo, y el nivel de conocimiento de los escolares el cual indicó una significación alta con un $Z_c = -8,31$ y un 95% de confianza, lo que demostró en conclusión que el Programa Educativo que se implementó influyó de manera positiva en el conocimiento de los escolares.

RECOMENDACION

- El Personal Docente que labora en la Universidad de Oriente, deben incentivar a los estudiantes del área de Ciencias de la Salud a la implementación de jornadas, charlas y programas educativos sobre Diabetes Mellitus y otras patologías que afecten la salud del individuo, familia y comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Anónimo. (2004). Diabetes Mellitus. Gac Méd Caracas. (112) 3: 232-233
- 2) Arauz, A; Sánchez, G; Padilla, G; Fernández, M; Rosello, M; Guzmán, S. 2001. Intervención Educativa Comunitaria Sobre la Diabetes en el Ámbito de la Atención Primaria. Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 9(3):145-152.
- 3) Barceló, A; Robles, S; White, F; Jadue, L; Vega, J. 2001. Una intervención para mejorar el control de la Diabetes en Chile. Rev Panam Salud Publica 10:5 [En Línea] disponible: <http://bvs.insp.mx/articulos/2/25/02122001.htm> [julio 2009]
- 4) Bolaños, M; González, C. 2005. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de cuarto grado. Medio Ciego, Rev. de la Salud en Ciego de Ávila (Cuba). 11(2): p11-16.
- 5) Borrás, M. 1989-2002. Diabetes Mellitus Tipo I en niños menores de 5 años. Estudio epidemiológico en Cataluña [En Línea] disponible: <http://www.tesisenred.net/tdk-1109106-115728> [julio 2008]
- 6) Busto, S; Florean, Lizet; López, G; Sánchez, E; Palomera, M; Barajas, A; Bustos, R; Busto, A. 2007. Conocimientos usuales de los pacientes diabéticos en los estudiantes de medicina del occidente de México. Educ. Med. 10 (4): 35-38

- 7) Blanco, M; González, C. 2001. La Enfermería y la Diabetes Infantil. [En Línea] Disponible:<http://www.ameddiabetes.org/articulos/posterenfermeriayadiabetesinfantil.doc> [Enero 2008].
- 8) Brown, A. 2007. La carga del cuidado de la Diabetes rivaliza con la de las complicaciones de la enfermedad. [En línea] <http://www.scielosp.lifecanlatinoamerica.com/ve/cuidados/noticias/> [Enero 2008].
- 9) Cañón A; Hilda M; Balcazar A; Castaño D. 2005. Prevención de Diabetes mellitus y sus complicaciones. Biblioteca Las casas; 1. [En línea]. Disponible: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0028.php>. [Agosto 2007].
- 10) Calderón, J. 1997. La Educación del Paciente Diabético: Evaluación de un Programa de Salud Integral. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2(10) [En Línea] Disponible: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/spmi/v10n2/educacion.htm> [Enero 2008]
- 11) Corzo, J. 2008. Efectividad en la aplicación de un Programa Educativo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en escolares del quinto año de educación secundaria. Rev. per obst enf; 4(2):p.111-116.
- 12) Chávez, E. 2003. Evaluación de un Programa de Educación Diabetológica Dirigido al Desarrollo del Conocimiento, Habilidades y Motivación para el Autocontrol de la Diabetes Mellitus en Pacientes Diabéticos. [En Línea] Disponible:http://bibmed.ucla.edu.ve/cgiwin/be_alex.exe?

[Descriptor=DIABETES+MELLITUS/epidemiolog%EDa&Nombrebd=bmucla](#) [Enero 2008].

- 13) Dávila, A. 2007. Conocimiento sobre su enfermedad: adolescente diabéticos tipo I. Servicio de Endocrinología Instituto H.U.L.A. Trabajo de Grado departamento de Medicina Preventiva y Social: post grado en medicina de familia. Facultad de Medicina ULA p80.
- 14) Davis, V; Morillo, E; Pérez, P. 2002. La Diabetes de los adultos empieza a atacar a los niños. El Nacional. Cuerpo C. 30/10/2002.
- 15) Deepa, M; Deepa, R; Shanthirani, C et al. 2005. Awareness and Knowledge of diabetes in Chennai-the Chennai Urban Rural Epidemiology Study [CURES-9]. J Assoc Physicians India 53:83-7.
- 16) Edge, J. 1999. Ford-Adams ME. Dunger DB: Causes of death in children with insulin dependent diabetes 1990-96. Arch Dis Child; 81: 318-23.
- 17) Eyzaguirre, C; Peláez, D; Sepúlveda, R; Cáete, V; Codner, D, Unanue, M, et al (2006). Diabetes Mellitus tipo I diagnosticada en niños menores de 5 años: Características al debut vs otros grupos. Etarios en Chile. Rev. Chil. Pediatr 77(4):375-381
- 18) Eyzaguirre, C; Peláez, D. 2006. Diabetes Mellitus tipo I en niños menores de 5 años: Características al debut vs. Otros grupos etarios en Chile. Rev. Chil. Pediatría. [En línea] disponible: http://www.documents_and_setting/chile.htm

- 19) Farfán, R. 2007. Efectividad de un Programa Educativo basado en el autocuidado de miembros inferiores para la prevención de complicación de pacientes diabéticos. Hospital de Sullana. Universidad de Trujillo Perú. [En línea] disponible: <http://www.alipso.com/monografias4/TESINA/> [Junio 2009]
- 20) Francine, K; Phil, R. 2007. Proteger a Nuestro Niños en Todo el Mundo: El Primer Día Mundial de la Diabetes Observado por la ONU. Rev. Diabetes Hoy. 16(5):11-17
- 21) Fernández, L. 2006. Educación diabetológica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que acuden a la consulta externa de medicina del complejo hospitalario “Ruiz y Páez”. [En Línea] Disponible: http://bibliomed.bolivar.udo.edu.ve/cgiwin/be_alex.exe?Descriptor=Diabetes+Mellitus&Nombrebd=bboudo&Recuperar=10&TiposDoc=T [abril 2009]
- 22) Ferrer, J. 2005. 50% de los jóvenes están predispuestos a la diabetes. [En Línea]: Disponible: <http://www.vida7.cl/articulos/diabetes/index.html>. [Abril 2008].
- 23) Flores, S; Padilla, A. 2006. Influencia del conocimiento en el autocuidado de pacientes con diabetes Mellitus tipo II. [En línea] Disponible: <Http://www.Index-F.com/dce/14/r14-357.php>. 14(9) [octubre 2006]

- 24) García, R; Suárez, R; Peralta, R. 1996. Diagnóstico Educativo sobre la Enfermedad en Pacientes Diabéticos de la Tercera Edad. Rev. Cubana Endocrinología: (7):1
- 25) García, R; Suárez, R. 2007. Resultados de la Estrategia Cubana de Educación en Diabetes Tras 25 Años de Experiencia. Rev. Cubana Salud Pública: 2(33) [En Línea] Disponible: http://scielo.sid.cu/scielo.php?pid=S086434662007000200000&&script=sci_arttext&ting=es [Enero 2008]
- 26) Gómez, R. 2005. Nivel de conocimiento entre pacientes diabéticos que asisten a Consulta ambulatoria en el hospital Dr. Roberto Calderón y Atención privada [En línea] Disponible: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> [2005].
- 27) Gomis, R. 2007. El Diabético puede tener hoy una Vida Prolongada Exitosa y Sin Limitaciones. Rev. Diabetes Living. 5:22-26.
- 28) Gunczler, M. 2006. Síndrome de resistencia a la insulina en niños y adolescentes. Gacet Med Cara. [En línea]: 114:2 disponible: <http://www.caracas.htm>. [junio 2009]
- 29) Hernández, M; Contreras, D; Dávila, N; Maldonado, B; Vega, D; Escobar, Z; Salinas, P. 2001. Nivel de información de la Diabetes y Complicaciones. En Rev. Med ULA. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. 10(1-4): p. 36-39.

- 30) Kasper, D; Fauci, A; Longo, D; Braunwal, E; Hauser, S; Jameson, J. 2006. Harrison Principios de Medicina Interna. Edit. McGraw Hill Interamericana. País Chile 16ª ed. 2367-2397.
- 31) Kufmam, F. 2006. Factores de riesgo de Diabetes Mellitus en niños Estadounidenses en edades tempranas. Nih medine plus salud. 1(1):11-13 [julio2008]
- 32) Mohán, V; Gokulakrishnan, K; Deepa, R. et al. 2005. Association of physical inactivity with components of metabolic syndrome and coronary artery disease-the Chennai Urban Population Study (CUPS No. 15). Diabet Med; 22:1206-11
- 33) Muñoz, M. 1999. Nivel de conocimiento de los pacientes de diabetes entre las edades de 12 a 18 años sobre el manejo de su condición. [En línea] Disponible: [Http://ponce.inter.edu/cai/tesis/emanuelli_index.html](http://ponce.inter.edu/cai/tesis/emanuelli_index.html) [junio 1999]
- 34) Murtangh, L. 1995. Patient education. Family Physician. 31(5): p.12
- 35) Navas, A; 2008, Como prevenir la diabetes en niños y adolescentes des la escuela. Diario el Luchador. 16-11 p. 5.
- 36) Navarrete, L. 2007. Generalidades de la Diabetes Mellitus. Manual de Actualización en Modo de Resumen para Médicos Generales. 1ª Ed. p 10.

- 37) O'Neili, J. 1985. El efecto en la educación en la dieta de un grupo de pacientes diabéticos. Proyecto Especial para el Programa de Ciencias de la Salud con Concentración en Nutrición. 6(7):1-5
- 38) Organización Mundial de la Salud. 1983. Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud. [En Línea] Disponible: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s102049891997000700006 [Enero 2008]
- 39) Organización Mundial de la Salud, centro de prensa (2006). Diabetes [En línea] Disponible: <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs312/es/index.html> [Enero 2008].
- 40) Organización Panamericana de la Salud. 1992. Manual de Comunicación Social para Programas de Salud. [En Línea] Disponible: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s102049891997000700006 [Enero 2008]
- 41) Otero, L. 2001. Impacto de un programa de la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo II en la comunidad. Rev. Latino Am. Enfermagem. 11(6) [En línea] Disponible: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692003000600003

- 42) Pace, A; Ochoa, K; Lancher, M; Moráis, Ana. 2006. El conocimiento sobre diabetes Mellitus en el proceso de autocuidado. Rev. Latino-am Enfermagem; 14(5)
- 43) Pastor, J. 2007. Pre-Doctores de Adherencia al Tratamiento en Niños con Diabetes Mellitas tipo I. Rev. Enferm. Clínica. 6(17):332-333
- 44) Romero, J; Patrón, A; Barrera, M; Soto, A; Zavala, J; Muñoz, F. 2001. Impacto del Programa de Diabetes Mellitus tipo II en la zona rural del sur del estado de Nuevo León. Jurisdicción Sanitaria número 8, servicio de salud de Nuevo León. Rev. Salud Pública y Nutrición. [En línea] disponible: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ssnl-web/index.html>
- 45) Saad, T. 2007. Prevención en Diabetes. Diario El Luchador 30/09 p 05.
- 46) Saad, T. 2008. 14 de noviembre: Día Mundial de la Diabetes. Diario el Luchador 14-11 p.3
- 47) Secretaría de Salud. 2000. Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Rev. Med. 38(6): 477-495.
- 48) Silink, M. 2007. Actuar para Educar. Rev. DiabetesVoice. [En línea] Disponible: <http://www.diabetesvoice.org/org/issues/2007-11/es/Actuar-para-educar.pdf>

- 49) Suarez, P; García, G; Aldana, P. 2000. Grupo de intervención. Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Rev. Cubana Endocrinología; 11:31-40.
- 50) Tique, C. 2001. Intervención de Enfermería en el Manejo Preventivo de Diabetes Mellitas e Hipertensión Arterial. [En Línea] Disponible: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4401-intervencion.htm> [Enero 2008].
- 51) Thomas, D; Kordonouri, O. 2007. ¿Cuál es la Gran Diferencia de la Diabetes Infantil? Rev. Diabetes Hoy. 16(5):14-17.
- 52) Viswanathan, M; Pradeepa, R. 2007. Rediseñar el Medio Ambiente Urbano para Promover la Actividad Física. Rev. Diabetes Hoy. 16(5):46-48.
- 53) World Health Organization Department of Non Communicable Disease Surveillance. 1999. Definition, Diagnósis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Geneva: who. [En línea] Disponible: <http://www.PDF.ht>. [Enero 2008]

APÉNDICE

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS
QUE POSEEN SOBRE DIABETES MELLITUS LOS ALUMNOS
DE 5TO Y 6TO
GRADO DE LA UNIDAD EDUCATIVA BOLIVARIANA
“FELIX MONTES” DE CIUDAD BOLÍVAR.**

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE.
NÚCLEO BOLÍVAR.
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD.
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.**

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS QUE POSEEN
SOBRE DIABETES MELLITUS LOS ALUMNOS DE 5TO Y 6TO
GRADO DE LA UNIDAD EDUCATIVA BOLIVARIANA
“FELIX MONTES” DE CIUDAD BOLÍVAR.**

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

GRADO: _____

SECCION: _____

INSTRUCCIONES:

- ✓ El cuestionario consta de 10 preguntas de selección simple.
- ✓ Lea cuidadosamente las preguntas antes de responder.
- ✓ Indique con una X la respuesta correcta.
- ✓ Trate de no dejar ninguna pregunta sin responder.
- ✓ Los resultados del cuestionario no tienen valor en cuanto al contenido programático de la escuela.
- ✓ La información sólo quedará con los investigadores.

- ✓ Los datos que se obtengan de la aplicación de este instrumento, serán importantes para la realización de un trabajo de investigación.
- ✓ Si tiene alguna duda consulte con la persona que le suministró el cuestionario.
- ✓ Usted tiene una duración de 30 minutos para responder el cuestionario.
- ✓ Agradecemos su colaboración en cuanto a la respuesta dada al cuestionario.

1. La Diabetes Mellitus es:

- Una enfermedad por carencia de insulina.
- Una enfermedad por hambre.
- No sé.

2. Los síntomas de la Diabetes Mellitus son:

- Pérdida de peso.
- Orinar en forma frecuente.
- Tener mucha sed.
- Todas son correctas.

3. ¿Cuál cree usted que son las causas de la Diabetes Mellitus?

- Deficiencia de Insulina.
- Herencia de familiares diabéticos.
- Las dos anteriores son correctas.

4. La Insulina es:

- La hormona que permite utilizar bien los azúcares que comemos.
- Sustancia que permite la digestión de la carne.
- No sé.

5. ¿Qué es el Páncreas?

- Es la visera donde se produce la insulina.
- Es el órgano donde se producen los glóbulos rojos de la sangre.
- No sé.

6. ¿Cuál de las siguientes alternativas considera usted que son las complicaciones de la Diabetes Mellitus.

- Perdida de la Visión.
- Amputación de las piernas.
- Todas las nombradas.

7. ¿Ha oído usted hablar de los tipos de Diabetes Mellitus?

- Si.
- No.
- No sé.

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

- Helados.
- Dulces en general.
- Refrescos.
- Ninguno de los anteriores.

9. ¿Solo los adultos pueden padecer de Diabetes Mellitus?

- Si
- No

10. ¿Puede un niño padecer de Diabetes Mellitus?

- Si.
- No.

APÉNDICE B

**PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A ESCOLARES DE 5TO
Y 6TO GRADO SOBRE DIABETES MELLITUS EN LA UNIDAD
EDUCATIVA
BOLIVARIANA “FELIX MONTES” CIUDAD BOLÍVAR.
NOVIEMBRE-ABRIL 2009.**

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE.
NUCLEO BOLIVAR.
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD.
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.**

**PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A ESCOLARES DE 5TO Y 6TO
GRADO SOBRE DIABETES MELLITUS EN LA UNIDAD EDUCATIVA
BOLIVARIANA “FELIX MONTES” CIUDAD BOLÍVAR.**

NOVIEMBRE-ABRIL 2009.

REALIZADO POR:

Br. Adriana Carolina Pérez Peña.

C.I. 16.757.772.

Br. Zoleymer Adriana Quintana Parrela.

C.I. 16.914.460

Ciudad Bolívar; Abril 2009.

OBJETIVO GENERAL.

Desarrollar un programa educativo dirigido a escolares de 5to y 6to grado de Diabetes Mellitus en la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes” en Ciudad Bolívar, noviembre - abril 2009.

SINOPSIS DE CONTENIDO:

UNIDAD I: DIABETES MELLITUS

Concepto de Diabetes Mellitus.

Tipos de Diabetes Mellitus.

UNIDAD II: MANIFESTACIONES CLINICAS DE DIABETES MELLITUS:

Signos y Síntomas.

Causas.

UNIDAD III: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS.

UNIDAD IV: PREVENCION Y CONSECUENCIAS DE LA DIABETES MELLITUS

UNIDAD I: Diabetes Mellitus.

OBJETIVO TERMINAL: al finalizar la unidad los escolares de 5to y 6to grado de la U.E.B “Félix Montes” estarán en la capacidad de definir y explicar el concepto de Diabetes Mellitus y sus tipos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS METODOLOGICAS	EVALUACIÓN
<p>Al finalizar el contenido los escolares estarán en la capacidad de:</p> <p>1. Definir Diabetes Mellitus.</p> <p>2. Mencionar los tipos de Diabetes Mellitus:</p>	<p>1.1 Definición de Diabetes Mellitus según la: OMS</p> <p>2.1 Tipos de Diabetes Mellitus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus tipo I. • Diabetes Mellitus tipo II. 	<p><u>Recursos Materiales:</u> papel bond, colores, bibliografías, marcadores, trípticos.</p> <p><u>Recursos Humanos:</u> escolares de 5to y 6to grado, docentes de la escuela, facilitadoras (estudiantes de la UDO)</p> <p><u>Técnicas:</u> Charlas a través de rotafolios.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <p>Por parte de las facilitadoras: desarrollar las Charlas de Contenidos, orientar y dirigir la discusión grupal.</p> <p>Por parte de los Escolares: comprender el contenido de la charla, leer la información del rotafolio, participar activamente en la discusión</p>	<p>Expresión verbal de la definición.</p> <p>Preguntas una vez finalizada la charla.</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Diabetes Gestacional.	grupal haciendo referencia a su percepción del contenido llegando así a elaborar conclusiones.	
--	---	--	--

UNIDAD II: Manifestaciones Clínicas de Diabetes Mellitus.

OBJETIVO TERMINAL: al finalizar la unidad los escolares de 5to y 6to grado de la U.E.B. “Félix Montes” estarán en la capacidad de explicar operacionalmente los signos, síntomas y las causas de la Diabetes Mellitus.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS METODOLOGICAS	EVALUACIÓN
<p>Al finalizar el contenido los escolares estarán en la capacidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencionar los signos y síntomas de la Diabetes Mellitus. 2. Mencionar las causas de la Diabetes Mellitus: 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Signos y Síntomas de la Diabetes Mellitus: pérdida inexplicable de peso, sed y hambre excesiva, fatiga, irritabilidad, visión borrosa. 2.1 Causas de la diabetes Mellitus: Obesidad, sedentarismo, antecedentes familiares. 	<p><u>Recursos Materiales:</u> papel bond, colores, bibliografías, marcadores, trípticos.</p> <p><u>Recursos Humanos:</u> escolares de 5to y 6to grado, docentes de la escuela, facilitadoras (estudiantes de la UDO)</p> <p><u>Técnicas:</u> Charlas a través de rotafolios.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <p>Por parte de las facilitadoras: desarrollar las Charlas de Contenidos, orientar y dirigir la discusión grupal.</p> <p>Por parte de los Escolares: comprender el contenido de la charla, la información del rotafolio, participar activamente en la discusión grupal haciendo referencia a su</p>	<p>Expresión verbal de la definición.</p> <p>Preguntas una vez finalizada la charla.</p>

		percepción del contenido llegando así a elaborar conclusiones.	
--	--	--	--

UNIDAD III: Diagnostico y tratamiento de la Diabetes Mellitus.

OBJETIVO TERMINAL: al finalizar la unidad los escolares de 5to y 6to grado de la U.E.B. “Félix Montes” estarán en la capacidad de expresar su conocimiento sobre el diagnostico y tratamiento de la Diabetes Mellitus.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS METODOLOGICAS	EVALUACIÓN
<p>Al finalizar el contenido los escolares estarán en la capacidad de:</p> <p>1. Mencionar como se diagnostica la Diabetes Mellitus:</p> <p>2. Mencionar el</p>	<p>1.1 El diagnostico se basa en medir el Nivel de glucosa en sangre aleatoria (sin ayuno), prueba de tolerancia a glucosa oral, nivel de glucosa en sangre en ayuna.</p> <p>2.1 El tratamiento de la</p>	<p><u>Recursos Materiales:</u> papel bond, colores, bibliografias, marcadores, trípticos.</p> <p><u>Recursos Humanos:</u> escolares de 5to y 6to grado, docentes de la escuela, facilitadoras (estudiantes de la UDO)</p> <p><u>Técnicas:</u> Charlas a través de rotafolios.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <p>Por parte de las facilitadoras: desarrollar las Charlas de Contenidos, orientar y dirigir la discusión grupal.</p> <p>Por parte de los Escolares: comprender el contenido de la charla, la información del rotafolio, participar activamente en la discusión grupal haciendo referencia a su</p>	<p>Expresión verbal de la definición.</p> <p>Preguntas una vez finalizada la charla.</p>

tratamiento de la Diabetes Mellitus:	Diabetes Mellitus es insulina, dieta, ejercicio.	percepción del contenido llegando así a elaborar conclusiones.	
--------------------------------------	--	--	--

UNIDAD IV: Consecuencias y prevención de la Diabetes Mellitus.

OBJETIVO TERMINAL: al finalizar la unidad los escolares de 5to y 6to grado de la U.E.B. “Félix Montes” estarán en la capacidad de explicar las consecuencias y prevención de la Diabetes Mellitus.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS METODOLOGICAS	EVALUACIÓN
<p>Al finalizar el contenido los escolares estarán en la capacidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las consecuencias de las Diabetes Mellitus: 2. Explicar cómo se previene la Diabetes Mellitus: 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Complicaciones de la Diabetes Mellitus: pie diabético, hipertensión retinopatía, engrosamiento de los vasos sanguíneos. 2.1 Prevención de la Diabetes Mellitus: realizar actividades físicas (ejercicios deportes), Modificar el régimen dietético, evitar el sedentarismo. 	<p><u>Recursos Materiales:</u> papel bond, colores, bibliografías, marcadores, trípticos.</p> <p><u>Recursos Humanos:</u> escolares de 5to y 6to grado, docentes de la escuela, facilitadoras (estudiantes de la UDO)</p> <p><u>Técnicas:</u> Charlas a través de rotafolios.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <p>Por parte de las facilitadoras: desarrollar las Charlas de Contenidos, orientar y dirigir la discusión grupal.</p> <p>Por parte de los Escolares: comprender el contenido de la charla, la información del rotafolio, participar activamente en la discusión grupal haciendo referencia a su percepción del contenido llegando así a elaborar conclusiones.</p>	<p>Expresión verbal de la definición.</p> <p>Preguntas una vez finalizada la charla.</p>

BIBLIOGRAFIA:

- 54) World Health Organization Department of Non Communicable Disease Surveillance. 1999. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Geneva: who. [En línea] Disponible: <http://www.PDF.ht>. [Enero 2008]

APENDICE C

VALIDACION DEL INSTRUMENTO



Ciudad Bolívar, 21 de Abril de 2009

DENB-122/09

Ciudadana
Ana Ramírez
Dir. U.E. B "Felix Montes"
Su Despacho

Reciba un cordial saludo, me dirijo a usted en la oportunidad de informarle que los bachilleres: Pérez Adriana, C.I. 16.757.772 Y, Quintana Zoleymer C.I. 16.914.460, estudiantes del X semestre de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Escuela Cs del a Salud – Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, iniciarán un trabajo de investigación sobre: "PROGRAMA EDUCATIVO PARA ESCOLARES DE 5to Y 6to GRADO SOBRE DIABETES MELLITUS. U.E.B. "FELIX MONTES", NOVIEMBRE – ABRIL 2009". En tal sentido solicito su colaboración para la permanencia de los bachilleres mencionado en esa institución que usted dignamente dirige.

Sin otro particular al que hacer referencia y esperando contar con su apoyo, se despide de usted,

Atentamente

 Lcda. Odalis Reyes
 Jefe Dpto. de Enfermería

C/c Archivo



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Av. Germanía – Hospital del Tórax 8vo y 9no Piso, Parroquia La Catedral/
 Ciudad Bolívar/Edo. Bolívar – Venezuela: Tel: – Fax: 0285-6326278

Ciudad Bolívar, 27 de abril de 2009.

Ciudadana:

Dra. Zaida Romero.

Presente.

Con nuestro respeto y consideración:

Por medio de la presente nos dirigimos a ustedes con la finalidad de solicitarles su colaboración en condición de especialistas, a objeto de validar el instrumento adjunto que será utilizado en el trabajo de grado titulado Programa Educativo para escolares de 5TO 6TO grado sobre Diabetes Mellitus. Unidad Educativa Bolivariana "Félix Montes" noviembre-abril 2009, el cual tiene como objetivo fundamental proporcionarles a los estudiantes conocimientos generales y educativos sobre esta patología a fin de evitarla en especial a personas con alto riesgo en desarrollarla.

Al agradecerles la atención que se sirvan de pensarle a la presente, nos es grato suscribirnos de ustedes.

Atentamente;

Br. Zoleymer Adriana Quintana Parrela.

C.I. 16914460.

Br. Adriana Carolina Pérez Peña.

C.I.16757772.

V.B.
Dra. Zaida Romero M
PEDIATRA PEDIÁTRICA
MSAS 67125 TM 5060
C.I. 10.995.415
Dra. Zaida Romero.

Ciudad Bolívar, 27 de abril de 2009.

Ciudadano:

Dr. Guillermo Guillén.

Presente.

Con nuestro respeto y consideración:

Por medio de la presente nos dirigimos a ustedes con la finalidad de solicitarles su colaboración en condición de especialistas, a objeto de validar el instrumento adjunto que será utilizado en el trabajo de grado titulado Programa Educativo para escolares de 5TO 6TO grado sobre Diabetes Mellitus. Unidad Educativa Bolivariana "Félix Montes" noviembre-abril 2009, el cual tiene como objetivo fundamental proporcionarle a los estudiantes conocimientos generales y educativos sobre esta patología a fin de evitarla en especial a personas con alto riesgo en desarrollarla.

Al agradecerles la atención que se sirvan de pensarle a la presente, nos es grato suscribirnos de ustedes.

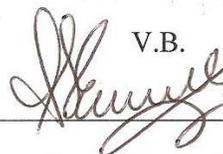
Atentamente;

Br. Zoleymer Adriana Quintana Parrela.

C.I. 16914460.

Br. Adriana Carolina Pérez Peña.

C.I.16757772.

V.B.

Dr. Guillermo Guillén
Pediatra Puenquito
C.I. 8.866.835
MSPS 51.818 - CMEB 4.662

Dr. Guillermo Guillén.

Ciudad Bolívar, 27 de abril de 2009.

Ciudadano:

Dra. Luis Rafael Navarrete G
Presente.

Con nuestro respeto y consideración:

Por medio de la presente nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitarle su colaboración en condición de especialista, a objeto de validar el instrumento adjunto que será utilizado en el trabajo de grado titulado Programa Educativo para escolares de 5TO 6TO grado sobre Diabetes Mellitus. Unidad Educativa Bolivariana "Félix Montes" noviembre-abril 2009, el cual tiene como objetivo fundamental proporcionarle a los estudiantes conocimientos generales y educativos sobre esta patología a fin de evitarla en especial a personas con alto riesgo en desarrollarla.

Al agradecerle la atención que se sirvan de pensarle a la presente, nos es grato suscribirnos de ustedes.

Atentamente;

Br. Zoleymer Adriana Quintana Parrela.

C.I. 16914460.

Br. Adriana Carolina Pérez Peña.

C.I.16757772.

 V.B.
Dr. Luis Rafael Navarrete G.

dr. luis r. navarrete g.
medicina interna
m.s.d.s. 4324 - c.m. edo. bol. 219
c.i. v-294610 - r.i.f. v-00294610-2

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	Programa Educativo sobre Diabetes Mellitus para escolares de 5to y 6to grado en la U.E.B. “Félix Montes” noviembre-abril 2009.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Pérez Peña Adriana Carolina	CVLAC: 16.757.772. E MAIL: carolinagutiz@hotmail.com
Quintana Parrela Zoleymer Adriana	CVLAC: 16.914.460 E MAIL: zoleymer1983@hotmail.com
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Diabetes Mellitus
Programa Educativo
Conocimiento
Escolares.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
Departamento de Enfermería.	

RESUMEN (ABSTRACT):

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas de mayor incremento en las últimas décadas a nivel mundial, especialmente en países en vías de desarrollo, siendo fundamental la acción preventiva donde la educación diabetológica constituye el mecanismo imprescindible para su manejo. Por tal motivo, se realizó una investigación de tipo descriptivo de corte transversal para evaluar el Programa de Educación Diabetológica dirigido al desarrollo de conocimientos en los escolares de 5to y 6to grado de la Unidad Educativa Bolivariana “Félix Montes” en Ciudad Bolívar Noviembre-Abril 2009. La muestra estuvo constituida por 63 escolares, como instrumento se utilizó un cuestionario antes y después de la aplicación del programa para medir el grado de conocimiento alcanzado sobre Diabetes Mellitus, observándose que el 82,5% tenían entre 10 y 11 años; predominando el sexo masculino con un 52,4%. Previamente a la implementación del Programa Educativo los resultados arrojados en el conocimiento de los escolares fue Bajo con un 53,97%. Después de la implementación del Programa Educativo los resultados obtenidos demuestran que 65,08% de los escolares tiene un nivel de conocimiento Muy Bueno, el 19,05% Bueno, el 11,11% Bajo y el 4,76% Muy Bajo. Es preciso destacar que después de la intervención del Programa Educativo se logró incrementar el conocimiento en los escolares sobre la Diabetes Mellitus ayudando así a contribuir a su formación para la prevención y concientización de lo que origina y permita el desarrollo de la enfermedad. Se concluye que el Programa Educativo influyó en el conocimiento de los escolares con un 95% de confianza y con una significación estadística de un Z crítico (Zc) -8,31 lo que quiere decir; que este fue efectivo en la muestra analizada.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Aliria Luzley Meza De Rangel	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:	5.200.528			
	E_MAIL	aliriameza@gmail.com			
	E_MAIL				
Odalys Josefina Reyes Velásquez	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:	8.358.746			
	E_MAIL	Odalys283@hotmail.com			
	E_MAIL				
Ana Edicta Sulbaran De Flores	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:	4.493.721			
	E_MAIL	Anaedicta_sulbaran@hotmail.com			
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2009	07	31
-------------	-----------	-----------

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS: Programa Educativo sobre Diabetes Mellitus para escolares de 5to y 6to grado en la U.E.B. “Félix Montes” noviembre-abril 2009.	application/.doc

ALCANCE

ESPACIAL: Unidad Educativa Bolivariana “Felix Montes”.

TEMPORAL: 10 años.

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Licenciatura en Enfermería.

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado_

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento de Enfermería.

INSTITUCIÓN:

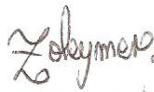
Universidad de Oriente.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado "Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario.


AUTOR


AUTOR

AUTOR


TUTOR


JURADO


JURADO

POR LA SUBCOMISION DE TESIS