



“La influencia de las actitudes del personal de
establecimientos educativos en el tratamiento médico de
niños y adolescentes con diabetes de la ciudad de Rosario”

Dirección y Co-dirección de la Tesis:
Lic. Ramiro Mitre y Dr. Lucas Rista

Tesis de Grado presentada por:
Jesica Fernandez Trinidad

Título a obtener:
Licenciatura en Psicología

Universidad Abierta Interamericana

Febrero 2014

A mis hermanos: Ignacio e Iago

LA INFLUENCIA DE LAS ACTITUDES DEL PERSONAL DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS EN EL TRATAMIENTO MÉDICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES DE LA CIUDAD DE ROSARIO.

RESUMEN

La Asociación Americana de Diabetes realizó una declaración de política en relación al cuidado de los niños con diabetes en la escuela, el cual afirma que todos los adultos que prestan educación o cuidado al estudiante diabético, deben tener un entrenamiento sobre los síntomas y el tratamiento de hipoglucemia e hiperglucemia. La idea es brindar al estudiante una supervisión hasta que se le hayan proporcionado los cuidados necesarios, y que cuente con un lugar en la escuela que pueda ofrecerle intimidad durante el monitoreo y la administración de insulina.

En tanto esta situación se vuelve utópica en la práctica, se decidió realizar este trabajo, para determinar si las actitudes del personal de las escuelas influyen en el tratamiento de los alumnos diabéticos tanto niños como adolescentes. Se identificaron las actitudes del personal docente, las exigencias del tratamiento médico de la diabetes dentro de la institución escolar, para finalmente relacionar ambas variables.

Para responder a los objetivos planteados, se administraron dos cuestionarios: uno para docentes, compuesto por 27 preguntas, y uno para alumnos con diabetes, que consta de 21 preguntas sobre las demandas del tratamiento dentro de la institución educativa. Se aplicó el instrumento a 19 docentes y 15 pacientes diabéticos de la ciudad de Rosario.

A través del análisis de los datos obtenidos por los instrumentos aplicados, este trabajo permitió determinar que la plena integración del niño con diabetes en la comunidad escolar presenta serias dificultades debido a la naturaleza de la enfermedad y la complejidad de su tratamiento. A su vez, las diferentes actitudes ejercidas por el personal docente en las instituciones educativas, influyen negativamente sobre el tratamiento médico indicado.

PALABRAS CLAVES:

Diabetes – Tratamiento de la diabetes – Escuela – Actitudes del personal educativo

CAPITULO I: Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que incapacita al organismo a utilizar los alimentos adecuadamente. Al ingerir los alimentos estos se descomponen convirtiéndose en una forma de azúcar denominada glucosa, que es el combustible que utilizan las células para proveer al organismo de la energía necesaria, dicho proceso se llama metabolismo. Para metabolizar la glucosa adecuadamente, el organismo necesita una sustancia llamada insulina, que es una hormona producida en el páncreas (que es una glándula localizada debajo del estómago), y cuya función es regular el uso de la glucosa en el organismo y por lo tanto es esencial en el proceso metabólico.

La insulina trabaja permitiéndole a la glucosa alojarse en las células para que éstas la utilicen como combustible, manteniendo a su vez los niveles de glucosa en la sangre dentro de lo normal (70 a 110 mg./dl). (Alemzadeh, 2011)

Las personas con diabetes no producen suficiente insulina para metabolizar la glucosa, o bien la insulina que producen no trabaja eficientemente, por lo tanto la glucosa no se puede alojar en las células para ser transformadas en energía y se acumula en la sangre en niveles elevados. La Diabetes es una enfermedad seria, pero las personas diabéticas pueden vivir una vida larga y saludable si la controlan bien.

Aunque aun no hay una cura para la Diabetes, ésta puede ser controlada. La meta principal en el tratamiento es mantener los niveles de azúcar en la sangre (glicemia) lo más cerca del rango normal como sea posible durante la mayor cantidad de tiempo. (Torpy, Lynm, Glass, 2009)

En la práctica esta situación no siempre se respeta y en el marco de las instituciones educativas suelen generarse dificultades que pueden incidir directamente sobre el tratamiento y la calidad de vida de los estudiantes con Diabetes.

En su declaración de política en relación con el cuidado de los niños con diabetes en la escuela o guardería, la Asociación Americana de Diabetes afirma que los centros de atención y los proveedores deben proporcionarle a todos los adultos que prestan educación o cuidado al estudiante que vive con diabetes, un entrenamiento sobre los síntomas y el tratamiento de hipoglucemia e hiperglucemia. El estudiante debe ser supervisado hasta que se le hayan proporcionado los cuidados necesarios; debe contar con un lugar en la escuela que pueda brindarle intimidad durante el monitoreo y la administración de insulina, si así lo desea el estudiante y la familia, o la autorización de poder hacerlo en el aula si así lo necesitara. Además de la libertad para ver al médico de

la institución, y el permiso para comer lo que necesite en caso de tener que tratar una hipoglucemia. (Torpy, et al., 2009)

A pesar de lo que plantea la Asociación Americana de Diabetes, en un estudio elaborado por la Fundación para la Diabetes en 13 hospitales de la Comunidad de Madrid para detectar y cuantificar las necesidades del niño con diabetes en la escuela, se resaltan entre sus conclusiones las siguientes:

- El 59% de los cónyuges se han visto obligados a modificar su actividad laboral para atender a su hijo.

- El 81% de los niños debe realizar algún autocontrol durante la jornada escolar: el 16% de los casos les ayuda su profesor; al 34% no les ayuda nadie, y el 27% no precisan ayuda.

- El 30% necesita ponerse insulina en el colegio. El 25% ha tenido que cambiar la pauta de insulina por falta de colaboración del colegio.

- Los padres afirman que son los profesores los que más ayudan a sus hijos en el colegio (74%).

- El tipo de ayuda que los padres demandan es que haya un enfermero en el colegio (78%) y que los profesores tengan mayor información sobre la diabetes y las situaciones de emergencia (68%).

- Uno de cada cuatro padres tuvo algún problema en el colegio cuando informo que su hijo tenía diabetes: el 6% no fue admitido, el 12% tuvo que cambiar de colegio y el 13% recibió algún trato de discriminación.

- Sólo el 40% de los compañeros entiende que le pasa a su hijo. (Corominas, 2005)

Como explican Armengol y Losada (2010), la diabetes es una enfermedad crónica que requiere un tratamiento complejo y que genera cambios en el estilo de vida personal y familiar. El paciente y la familia deben adquirir una serie de conocimientos, habilidades y conductas saludables que le permitan comprender su enfermedad y autogestionarla. Para ayudar a conseguir estos objetivos, es necesario disponer de programas educativos estructurados que faciliten el aprendizaje. Cuando estos programas están diseñados para aplicarse en la edad pediátrica, los objetivos, el material y las actividades deben adecuarse a la edad del paciente y a las características propias de la infancia. Para conseguir que el niño llegue a la etapa adulta sabiendo autogestionar correctamente su diabetes, es muy importante la actitud y formación de los padres y tutores, así como la habilidad en el traspaso progresivo de responsabilidades.

En lo que refiere a niños y jóvenes con diabetes en nuestro país, diariamente se denuncian casos de discriminación dentro de las escuelas, los padres acuden a distintos

organismos para asesorarse y encontrar una solución. Algunos ejemplos tomados de la vida real son: que no se les permite ir a salidas escolares directamente o no se les permite ir a menos que vayan acompañados por uno de sus padres; se los excluye de actividades deportivas ya que el profesor cree que las personas con diabetes no pueden ser buenos atletas.; no se les permite verificar el nivel de glucosa en sangre cuando están en clase; se los excluye de los refrigerios en clase, impidiendo que ingiera los alimentos necesarios para regularizar sus niveles; no se les permite participar en actividades extraescolares porque en ese ámbito no hay alguien que sepa cómo cuidar a una persona con diabetes.; no son tenidos en cuenta los niveles de estrés que causan los exámenes y que ocasiona una desestabilización de los niveles de glucosa; en algunos casos, se los sanciona por faltar a la escuela a causa de la diabetes; en la mayoría de los establecimientos no tienen personal capacitado para la atención médica de dichos pacientes, y deben estar condicionados a la asistencia permanente de los padres, quienes no se encuentran en el establecimiento a diario. (Aragurem, 2012)

Debido a la cantidad de situaciones descriptas, es que esta investigación tratara de asociar las actitudes de los profesionales en las escuelas y las perturbaciones en el tratamiento de los niños y adolescentes con diabetes.

1.1 Tema de investigación

La influencia de las actitudes del personal de establecimientos educativos en el tratamiento médico de niños y adolescentes con diabetes.

1.2 Planteamiento del problema

¿Influyen las actitudes ejercidas por el personal de las escuelas en el tratamiento médico de niños y adolescentes con diabetes?

1.3 Objetivos

- General:

Determinar si las actitudes del personal de las escuelas influyen en el tratamiento de los alumnos diabéticos.

- Específicos:

- Identificar las exigencias del tratamiento médico de los niños y adolescentes con diabetes dentro institución escolar.
- Identificar las actitudes del personal docente en las escuelas frente a los casos de diabetes en niños y adolescentes.
- Relacionar las actitudes identificadas con las exigencias del tratamiento médico dentro de la institución educativa.

“Quien se atreve a enseñar, nunca debe dejar de aprender”

John Cotton Dana

AGRADECIMIENTOS

Principalmente, a mi familia, quienes me apoyaron a realizar la carrera y me acompañaron en todo el recorrido, quienes a la vez fueron mi musa en el tema seleccionado, ya que la Diabetes irrumpió en nuestra cotidianeidad y nos enseñó a convivir con ella.

A mi querido director Ramiro, que me acompañó en cada paso de la realización de la tesis, siendo mi guía y maestro tanto en este trabajo como en mi vida profesional, transformándose en un gran compañero y apreciado amigo.

También, a mi co-director Lucas, que me enseñó con mayor profundidad sobre la Diabetes y me presentó a todos los pacientes que me permitieron recolectar los datos necesarios para realizar el estudio.

A mi compañera de estudio Sofía, que con los años se transformó en una hermana y me ayudó en todos los momentos difíciles a seguir adelante y atravesar todas las barreras.

A todos los profesores que pasaron por mi carrera y dejaron una huella en mí, enseñándome a formarme, constituirme y establecerme como una futura profesional de la Salud.

Por último, a todas las personas que participaron en este trabajo, docentes, pacientes y padres que se tomaron el tiempo necesario para contarme sus experiencias y colaboraron para que este trabajo fuera posible.

INDICE

TITULO.....	3
RESUMEN.....	3
PALABRAS CLAVES.....	3
CAPITULO I: Introducción.....	4
1.1 Tema de investigación.....	7
1.2 Planteamiento del problema.....	7
1.3 Objetivos.....	7
PRÓLOGO.....	8
AGRADECIMIENTOS.....	9
CAPITULO II: Marco Teórico	
2.1 Diabetes.....	12
2.1.1 Definición de Diabetes.....	12
2.1.2 Clasificación de la Diabetes.....	12
2.1.2.1 Diabetes Tipo I.....	12
2.1.2.2 Diabetes Tipo II.....	12
2.1.2.3 Otros tipos específicos de Diabetes.....	13
2.1.2.4 Diabetes Gestacional.....	14
2.2 Tratamiento.....	15
2.2.1 Insulinoterapia: Tratamiento Farmacológico.....	16
2.2.1.1 Inyección múltiple de insulina.....	16
2.2.1.2 Bomba de infusión continua de insulina.....	18
2.2.2 Plan de alimentación.....	18
2.2.3 Actividad Física.....	19
2.2.4 Educación Diabetológica.....	21
2.2.5 Apoyo Psicoterapéutico.....	22
2.3 Aspectos Psicológicos de la Diabetes	
2.3.1 Impacto Psicológico y emocional del paciente.....	25
2.3.2 El diabético y su Familia.....	28
2.3.3 Intervención del Psicólogo.....	30
2.4 Institución Educativa	
2.4.1 Educación sobre Diabetes.....	32
2.4.2 Diabetes en la escuela.....	33
2.4.2.1 Actividades complementarias y extracurriculares.....	34
2.4.2.2 Rol del docente ante complicaciones del alumno diabético.....	35
2.4.2.3 Integración del alumno con diabetes.....	36
CAPITULO III: Estado actual de los conocimientos sobre el tema	
3.1 Estudios realizados recientemente.....	38
CAPITULO IV: Marco Metodológico	
4.1 Tipo de investigación.....	42
4.2 Identificación y definición de las variables.....	42

4.2.1 Variables.....	42
4.2.2 Definición conceptual de las variables.....	42
4.3.3 Definición operacional de las variables.....	42
4.3 Unidad de análisis.....	43
4.3.1 Universo.....	43
4.3.2 Población.....	43
4.3.3 Muestra.....	43
4.4 Técnicas, instrumentos y procedimiento.....	44
4.4.1 Técnicas para la recolección de datos.....	44
4.4.2 Instrumentos.....	44
4.4.3 Procedimiento.....	44
4.5 Consideraciones éticas.....	45
4.6 Área de estudio.....	45
CAPITULO V: Resultados	
5.1 Análisis e interpretación de los datos.....	46
CAPITULO VI: Conclusiones.....	57
CAPITULO VII: Bibliografía.....	61
CAPITULO VIII: Anexo.....	68

CAPITULO II: Marco Teórico

2.1 Diabetes

2.1.1 Definición de Diabetes

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. (OMS, 2012)

2.1.2 Clasificación de la Diabetes

Según la Asociación Latinoamericana de Diabetes (2006) los nuevos criterios para el diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus (DM) fueron desarrollados casi simultáneamente por un comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y por un comité asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La clasificación de la DM se basa fundamentalmente en su etiología y características fisiopatológicas y se contempla en cuatro grupos.

2.1.2.1 Diabetes tipo I (DM1)

En este tipo, las células beta se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulino terapia es necesaria para que el paciente sobreviva.

Sin embargo, existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta. A este grupo pertenecen aquellos casos denominados por algunos como Diabetes Autoinmune Latente del Adulto (LADA).

La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos conocidos da resultados negativos.

2.1.2.2 Diabetes tipo II (DM2)

Se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de la misma, que puede o

no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentada en niños y adolescentes obesos.

2.1.2.3 Otros tipos específicos de diabetes

El cuarto grupo lo conforma un número considerable de patologías específicas que se enumeran en la Tabla 1.1.

Defectos genéticos de la función de la célula beta	Defectos del cromosoma 20, HNF-4Alfa (antes MODY 1), del cromosoma 7, glucoquinasa (antes MODY 2), del cromosoma 12, HNF-1Alfa (antes MODY 3), del DNA mitocondrial y otros.
Defecto genéticos en la acción de la insulina	Resistencia a la insulina tipo A, leprechaunismo, Síndrome de Rabson-Mendenhall, Diabetes lipoatrófica y otros.
Enfermedades del páncreas exocrino	Pancreatitis, trauma del páncreas, pancreatectomía, neoplasia del páncreas, fibrosis quística, hemocromatosis, pancreatopía fibrocalculosa y otros.
Endocrinopatías	Acromegalia, Síndrome de Cushing, glucagonoma, feocromocitoma, hipertiroidismo, somatostinoma, aldosteronoma y otros.
Inducidas por drogas o químicos	Vacor, pentamidina, ácido nicotínico, glucocorticoides, hormonas tiroideas, diazóxido, agonistas betaadrenérgicos, tiazidas, fenitoína, alfa-interferón y otros.
Infecciones	Rubéola congénita, citomegalovirus y otros.
Formas poco comunes de diabetes mediadas inmunológicamente	Síndrome del “hombre rígido”, anticuerpos contra el receptor de la insulina y otros.
Otros síndromes genéticos algunas veces asociados con diabetes	Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Turner, Síndrome de Wolfrum, ataxia de Friederich, Corea de Huntington, Síndrome de Lawrence MonBeidel, distrofia miotónica, porfiria, Síndrome de Prader-Willis y otros.

2.1.2.4 Diabetes Gestacional (DMG)

Esta se define como una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Se aplica independientemente de si se requiere o no insulina, o si la alteración persiste después del embarazo y no excluye la posibilidad de que la alteración metabólica haya estado presente antes de la gestación.

2.2 Tratamiento

La hiperglucemia persistente es el fenómeno central en todas las formas de DM. El tratamiento debe estar encaminado a descender los niveles de glucemia a valores próximos a la normalidad siempre que sea posible. Con ello se propone:

- Evitar descompensaciones agudas, cetoacidosis o síndrome hiperosmolar.
- Aliviar los síntomas cardinales (poliuria / polidipsia / astenia / pérdida de peso con polifagia).
- Minimizar el riesgo de desarrollo o progresión de retinopatía, nefropatía y/o neuropatía diabética.
- Evitar las hipoglucemias
- Mejorar el perfil lipídico de los pacientes.
- Disminuir la mortalidad. (Alfaro, Simal, Botella, 1999)

Los objetivos del tratamiento apuntan a lograr un buen control metabólico, crecimiento y desarrollo normal, evitar las complicaciones agudas y prevenir las crónicas. Asimismo, lograr un efectivo auto-monitoreo y auto-cuidado de la enfermedad, estimulando una autonomía progresiva y un equilibrio emocional adecuado. (Asenjo, Muzzo, Pérez, Ugarte y Willshaw, 2007)

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema altamente relevante en enfermedades crónicas como la diabetes, pues conlleva altos costos para el paciente y la sociedad, ya que a las secuelas físicas (enfermedad micro y macrovascular), se deben sumar costos por rehabilitación, pensiones de invalidez y pérdida de productividad. (Maldonado, Bloise, Ceci, Fraticelli y Fallucca, 1995) Además, la adhesión al tratamiento determina su eficiencia y mejora la calidad de vida de las personas. (Hidalgo y Carrasco, 1999)

La complejidad y cronicidad del tratamiento, sumado a los cambios biopsicosociales que ocurren durante la adolescencia, probablemente sobrepasen las competencias del adolescente para responder adecuadamente al tratamiento. (Kyngäs, Kroll y Duffy, 2000)

En la diabetes infantil el tratamiento no es administrado por el propio paciente sino por el cuidador de éste. Es decir, que las características personales o psicológicas que aseguren la adherencia al tratamiento del enfermo van a depender, principalmente de otra persona distinta al paciente. (Bimbela Pedrola, 2003) En este caso, todos los conocimientos, técnicas y habilidades recaen sobre los cuidadores que tienen que asumir la responsabilidad del cuidado cotidiano. Esto es lo que hace de la diabetes una

enfermedad única y peculiar y, en muchas ocasiones, agotadora. (Belendez, Ros y Bermejo, 1999)

2.2.1 Insulinoterapia: Terapia Farmacológica

La insulina es una hormona cuya actividad primaria es la regulación del metabolismo de la glucosa. Tiene además actividades anabólicas y anti catabólicas en varios tejidos del organismo humano.

La insulinoterapia es un elemento fundamental del tratamiento de los pacientes con DM1 y la industria farmacéutica ha respondido a la necesidad de lograr controles glucémicos cada vez más cercanos a la normalidad ofreciendo al mercado distintas insulinas con diferentes acciones farmacocinéticas.

La insulina se administra como única forma farmacológica de tratamiento (en DM1 y DM2) o en combinación con agentes orales para la diabetes (en la DM2). En el primer caso se reconocen dos maneras generales de aplicación: la forma convencional y el método intensificado. (Costa Gil et al, 2008)

2.2.1.1 Inyección múltiple de insulina.

El esquema convencional de la insulinoterapia consiste en aplicar insulina NPH porcina o tipo humana en 1, 2 o 3 aplicaciones en distintas proporciones a lo largo del día de acuerdo a las necesidades del paciente (Inyección múltiple de insulina). Agregando insulina corriente porcina o tipo humana ó preferentemente análogos rápidos antes de las comidas en pequeñas cantidades de acuerdo al valor glucémico y en algunos casos teniendo en cuenta la cantidad de hidratos de carbono a ingerir. (Montagna, et al, 2008)

El paciente debe realizar una vida con alimentación planificada (calidad, cantidad y horarios) y actividad física establecida, en alguna medida condicionada o ajustada al régimen de la insulina indicada por el equipo de salud. (Costa Gil et al, 2008)

El uso de análogos de la insulina, evita la dimerización, por lo que se consigue un comienzo de acción casi inmediato (acción ultracorta), un pico entre los 30 y 60 minutos y una duración de acción de 4-5 horas. Esto permite su uso inmediatamente antes de las comidas, empleándose en pacientes que sufren hipoglucemias con la insulina regular, aquellos con horarios de comida y/o ejercicio físico que hacen difícil su manejo con otras insulinas y en pacientes, fundamentalmente niños, en que es difícil saber en qué momento van a comer y si van a hacerlo. (Alfaro et al, 1999)

En la insulinoterapia intensificada, el diabético adecúa la insulina a su alimentación y a su ritmo de vida. Se requiere una correcta educación diabetológica. Se puede realizar a través de inyecciones múltiples de insulina (IMI) o mediante la infusión continua de insulina subcutánea (ICIS) a través de bombas portables.

Además de las múltiples inyecciones de diferentes insulinas, para el tratamiento intensificado es indispensable:

- Realizar el auto monitoreo glucémico;
- Que el paciente sepa tomar decisiones para que en caso de necesidad pueda modificar el tipo de insulina, las dosis y los momentos de aplicación (ajuste activo)
- Fijar objetivos de glucemias pre y post comidas y de Hemoglobina Glicosilada. (Costa Gil et al, 2008)

La insulina puede administrarse mediante las clásicas jeringas de insulina descartables preparadas para distintas concentraciones de insulina. Otros métodos de aplicación son los distintos tipos de lapiceras (pens) de distintas marcas y modelos que han facilitado enormemente el tratamiento. (Montagna et al., 2008)

Los sitios habituales para la inyección son:

- Frente y zonas laterales de muslos (área preferida a causa de la facilidad de acceso, administración y más lenta absorción con mayor duración).
- Abdomen: lugar que se elige cuando se requiere acción más rápida, ya que se afecta menos por la actividad física y el ejercicio.
- Glúteos (puede ser utilidad en niños pequeños).
- Zona lateral del brazo por debajo del deltoides. Absorción rápida. Hay que ser precavido en los más pequeños porque puede inyectarse en el músculo.

Aunque existen esquemas terapéuticos, cada persona con diabetes tiene su propio plan de tratamiento (terapéutica “a medida”). De allí que por fuera de las emergencias, importa conocer rigurosamente a la insulina (características del medicamento, comportamiento del fármaco en el organismo, vías y técnicas de administración, etc.) y minuciosamente al paciente (tipo y antigüedad de la diabetes, momento biológico, estado clínico y estilo de vida). Se debe minimizar tanto el impacto de la enfermedad y sus complicaciones, como los efectos colaterales del tratamiento. (Costa Gil et al, 2008)

La hipoglucemia constituye la principal dificultad de la insulinoterapia, provoca temores en el paciente, su entorno y el equipo de salud, compromete la calidad de vida y representa la principal barrera para el desarrollo de una correcta estrategia de tratamiento para lograr un óptimo control metabólico. (Costa Gil, Ferraro, Ruiz y Litwak, 2012)

2.2.1.2 Bomba de infusión continua de insulina.

Es un dispositivo que permite infundir insulina de forma constante. Su tamaño es similar a un teléfono celular. Consta en su interior de un reservorio de insulina (jeringa de insulina pre-cargada), una pequeña batería y un chip con memoria que permite al usuario determinar la cantidad exacta de insulina que se quiere administrar. El reservorio de la bomba infunde la insulina a través de unos tubos finos de plástico llamados catéteres de infusión, que en un extremo están conectados a la bomba y el otro extremo tiene una pequeña aguja o una cánula blanda insertada en el tejido subcutáneo. El equipo de infusión (catéter y cánula) se debe cambiar aproximadamente cada dos o tres días.

La bomba se utiliza de manera permanente durante las 24 horas el día. Una pequeña cantidad de insulina es administrada de forma continua (tasa basal). Esta insulina se encarga de mantener los niveles de glucosa en sangre en el rango deseado entre las comidas y durante la noche. Cuando se come, el usuario programa la bomba para infundir un bolo de insulina ajustado a la cantidad de hidratos de carbono ingeridos. La bomba no mide la glucemia ni decide la cantidad de insulina que debe administrar, es el paciente quien determina la cantidad de insulina a administrar en cada momento, tanto la tasa basal, como los bolos con las comidas. (Colino, 2006)

Finalmente las bombas de infusión de insulina en sus distintas presentaciones acompañadas en algunos casos de sensores glucémicos externos constituyen otra posibilidad para la administración de la insulina.

Sin embargo no se debe olvidar que es una herramienta en el tratamiento y por lo tanto no reemplaza al pensamiento y al accionar del médico, del paciente y su familia y del equipo multidisciplinario. El costo elevado de la bomba y su mantenimiento así como las características del niño y su familia deben hacer pensar al profesional si es válida su indicación. (Montagna et al., 2008)

2.2.2 Plan de Alimentación

El plan de alimentación tiene como objetivo mantener un adecuado estado nutricional, permitir un desarrollo y crecimiento normal en el niño. (Asenjo et al, 2007). Es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes. No es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación. En líneas generales éste debe tener las siguientes características:

- Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica (embarazo, etcétera), actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.
- Debe ser fraccionado. Los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación o merienda, almuerzo, colación o merienda, comida o cena y colación nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche). Con el fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos postprandiales, y resulta especialmente útil en los pacientes en insulino terapia.
- La sal deberá consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal)
- No es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas (precaución). Cuando se consuman, deben siempre ir acompañadas de algún alimento, ya que el exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales o insulina.
- Las infusiones como café, té, aromáticas y mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente.
- Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios. Es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo. Estos pueden tomarse como sobremesa pero nunca para calmar la sed. Esta última indica generalmente deshidratación cuya principal causa en una persona con diabetes es hiperglucemia. En estos casos se debe preferir el agua. Las bebidas energéticas contienen azúcar y no se aconsejan tampoco para calmar la sed.
- Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble. Dietas con alto contenido de fibra especialmente soluble (50 g/día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos. (López 2006)

2.2.3 Actividad Física

El término actividad física hace referencia a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que tiene como resultado un gasto energético que se añade al metabolismo basal. En los últimos años se ha profundizado cada vez

más en el estudio de la actividad física, tanto en los efectos saludables de su práctica habitual como en la relación que su ausencia mantiene con el desarrollo, mantenimiento y agravamiento de diversas enfermedades crónicas. (Varo Cenarruzabeitia, Matinez Hernández y Martinez-Gonzalez, 2003)

En el caso del paciente con diabetes, el objetivo de salud adquiere una gran importancia al ser el ejercicio una parte del tratamiento. Además, aporta otra serie de efectos positivos asociados a la prevención de complicaciones, como son la mejora de la forma física, reducción del riesgo cardiovascular, disminución de la grasa corporal y, en algunos casos, la mejora del control glucémico. También produce interesantes beneficios psicológicos, de gran ayuda para facilitar la adaptación a la enfermedad. (Murillo, 2006)

En general, la práctica de ejercicio físico conlleva una disminución de la glucemia en los pacientes con DM2 y un aumento de la sensibilidad a la insulina que dura 12-72 horas. Estos efectos contribuyen a que la práctica regular de ejercicio físico mejore el control glucémico a largo plazo, especialmente en aquellos en los que predomina la resistencia a la insulina.

En los pacientes con DM1 o aquellos con DM2 en los que predomina la deficiencia de insulina, los efectos del ejercicio físico sobre la glucemia son más variables, pudiendo provocar disminución, aumento o ninguna modificación. Ello se debe a que los cambios hormonales fisiológicos que se producen en las personas no diabéticas durante el ejercicio no ocurren por falta del ajuste automático de la insulina.

Por tanto, los cambios de la glucemia con el ejercicio dependerán fundamentalmente de los niveles de insulina existentes. En estos pacientes, la práctica de ejercicio físico, aunque reduce los requerimientos de insulina, no suele mejorar el control glucémico a largo plazo. En consecuencia, el ejercicio no debe indicarse con este objetivo, pero sí por muchas otras razones relacionadas con la salud y, especialmente en niños y jóvenes, con el placer de practicar deporte, formar parte de un equipo y no sentirse diferente de los demás. (Perez y Carreras, 2006)

La actividad física ha sido considerada un pilar terapéutico en el manejo de la DM desde hace mucho tiempo. No obstante esto, no se la implementa con el mismo rigor que los minuciosos planes alimentarios y los esquemas insulínicos optimizados. (Moreno, 2008)

2.2.4 Educación Diabetológica

La educación se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente diabético. Las personas con diabetes, utilicen o no insulina, tienen que asumir la responsabilidad del control diario de su enfermedad. Por ello es clave que entiendan la enfermedad y sepan cómo tratarla.

El objetivo general de la educación de las personas con diabetes es mejorar el conocimiento y las habilidades, capacitándolas para asumir el control de la enfermedad e integrar el autocontrol de la enfermedad en la vida cotidiana. (Vitoria-Gasteiz, 2008)

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

- Control de factores de riesgo, incluidos glucemia, lípidos, presión arterial y tabaquismo.
- Manejo de complicaciones asociadas a la diabetes.
- Cuidados del pie diabético.
- Calidad de vida.
- Control glucémico.
- Involucrar al paciente en sus propios cuidados y favorecer su autonomía (autocontrol).
- Promoción de hábitos saludables: dieta, control del peso y ejercicio físico.
- Adherencia a la medicación.

(World Health Organization, 1999)

De esta manera la exaltación del conocimiento de los conceptos sobre esta patología crónica, deben incluir a los conocimientos sobre el procedimiento mismo frente al manejo de la terapia por parte del paciente; que incluya el cambio en la actitud de la persona educada, en la prevención a través del autocontrol.

Por lo tanto el automonitoreo como parte de uno de los pilares necesarios junto al plan alimentario, la actividad física y la medicación, son las cuatro caras de la educación diabetológica, donde el proceso de enseñanza aprendizaje cobra un gran protagonismo tanto en la figura de quien enseña como de quien aprende.

El aprendizaje del automonitoreo como contenido procedimental en la planificación didáctica del tutor en diabetes debe basarse fundamentalmente en la ejercitación y aplicación del procedimiento en sí, que irá complejizándose a medida que se incorpore en la tarea pedagógica, una enseñanza que apunte a la ejercitación desde lo simple a lo complejo, desde lo mecánico a lo concientizado. Por lo cual una acción automatizada de enseñanza del automonitoreo como un aprendizaje no reflexivo del mismo, no

constituye un verdadero aprendizaje procedimental pues estaría faltando la toma de conciencia, la comprensión (como reconstrucción entendible del proceso de resolución del problema) y ulteriormente la formalización del acto mismo a través de su verbalización. (Santillán, 2008)

En general, la educación en diabetes mejora de forma modesta el control glucémico y puede tener un impacto beneficioso en otras variables de resultado (pérdida de peso, calidad de vida, etc.) (Ellis et al, 2004)

La mayoría de las decisiones que afectan a los resultados de la diabetes ocurren en el espacio del paciente (elección de dieta y ejercicio, adherencia a la medicación, autoanálisis, etc.). Por tanto, si los profesionales tienen en cuenta los objetivos de tratamiento de los pacientes y les ofrecen herramientas y soporte para solucionar sus problemas en su espacio, las intervenciones clínicas tienen mayor probabilidad de éxito. (Montori, 2004)

2.2.5 Apoyo Psicoterapéutico

Entre los extraordinarios adelantos en el tratamiento y evolución de la enfermedad existe un momento crítico, muy emotivo, que el médico pediatra y/o diabetólogo debe enfrentar: es comunicar a los padres y al paciente el diagnóstico. Suele ser un stress agudo que genera esta revelación, a veces sospechada por los antecedentes familiares pero siempre con la secreta esperanza de que el gen no se hubiera expresado.

La familia como el entorno primario y privilegiado en relación al desarrollo del niño y del adolescente es el primer soporte para el paciente, soporte que dependerá grandemente de la unidad de criterio educativo en ambos padres así como de relaciones familiares solidarias en un clima de comunicación y calidez.

El asesoramiento psicoterapéutico o terapia de familia cuando el niño o el adolescente son el paciente referido, permite incluir a todo el grupo conviviente, y si es necesario el no conviviente para permitir la expresión de sentimientos, emociones y clarificar las relaciones interpersonales incluyendo a los hermanos del niño con diabetes. (Agnese, L., 2008)

Peyrot y Rubin (2007) llevaron a cabo una revisión de las principales intervenciones conductuales y psicosociales vinculadas con la diabetes y comentan que se han dividido en dos principales dominios:

a) Intervenciones de autocuidado, incluyen temas como la aceptación del régimen y la adherencia a éste.

b) Intervenciones emocionales, donde se aborda la relación que existe entre la diabetes y el estrés; y la diabetes y la depresión.

En la mayoría de los pacientes que han sido diagnosticados como diabéticos se observa un impacto emocional y conductual por dos razones, primero por tener que asumir una enfermedad que durará toda la vida y segundo por tener que modificar su repertorio comportamental con el propósito de sobrellevar saludablemente todas las situaciones que se le presenten. (Simon, 1999)

Por lo expresado anteriormente, cada día en el ejercicio psicológico, se llevan a cabo procesos de intervención en estos pacientes teniendo en cuenta la previa observación y evaluación de las esferas emocional, conductual y cognitiva; gracias a este procedimiento se establece una línea base que comprende las variables individuales que podrían generar barreras y/o servir como fortalezas frente al tratamiento médico. (Surwit et al, 2001)

Es necesario evaluar 4 aspectos importantes para el diseño posterior de las estrategias de intervención, estos son:

- Evaluación de habilidades de autocuidado. Con esta evaluación se determina que tan habilitado se encuentra el paciente para mantener una dieta, inyectarse la insulina y analizar sus niveles de glucosa diariamente. (Labrador et al, 1998)
- Evaluación de adherencia al tratamiento. Permite establecer que conductas frente a la dieta, medicación y ejercicio (con sus respectivas dimensiones de adherencia como frecuencia, duración, intensidad, distribución en el tiempo) se encuentran en óptimo estado para proporcionar una mejor adquisición en el repertorio comportamental del paciente. (Simon, 1999)
- Evaluación de barreras de adherencia. Esta se realiza con el fin de identificar, que obstáculos puede tener el paciente en su cotidianidad o personalidad para adherirse al tratamiento. (Simon, 1999)
- Evaluación de situaciones estresantes en la diabetes. A través de esta evaluación se determina cuales son las situaciones que generan estrés en los paciente (el inyectarse diariamente, el cumplir con su dieta o analizar su glucosa en sangre), las cuales pueden ser evitadas por el mismo y perjudicar su estado de salud. (Pereira y Palacios, 2001)

Por otra parte, los rápidos cambios fisiológicos y psicológicos que se producen durante la infancia y la adolescencia hacen que estos pacientes sean muy difíciles de tratar y las familias con un niño con diabetes deben tener el apoyo social, económico y psicológico necesario, ya que la evolución de la enfermedad va a depender de

cómo hayan sido entrenados y capacitados los cuidadores así como de sus características personales. (Ryden, Johnsson, Nevander, Sjoblad y Westbom, 1993)

2.3 Aspectos Psicológicos de la Diabetes

2.3.1 Impacto psicológico y emocional en el paciente

El impacto del diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de la DM provoca una serie de respuestas psicológicas y sociales en el paciente, que varían en grado e importancia, y que están relacionadas con determinadas variables personales y clínicas. (Martin, Querol, Larsson, Renovell y Leal, 2007)

El diagnóstico de diabetes en un niño supone una gran conmoción en la familia: provoca en los padres emociones intensas de miedo, ansiedad, depresión y culpa que puede alterar la unidad familiar, dependiendo de la edad del debut y de otras variables propias de la familia. (Belendez, et al, 1999)

El cuidado de este trastorno requiere una continuidad en el tratamiento que supone la estabilidad en el tiempo de una serie de hábitos y conductas que aseguren la adherencia al tratamiento. (Bimbela Pedrola, 2003)

Cada año aparecen publicaciones que abordan el diagnóstico, avances en la terapéutica, factores genéticos y otros aspectos de la diabetes; sin embargo, pocos estudios se refieren al impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes. (Garay-Sevilla et al, 2000)

Una característica que diferencia la DM del resto de enfermedades crónicas es la necesidad de que el paciente adopte un papel activo en su autocuidado, tomando el máximo de responsabilidades que, con seguridad, van a implicar decisiones sobre determinados aspectos del tratamiento. Muchos pacientes informan sentimientos de rabia, culpa y preocupación acerca de la enfermedad, y frecuentemente están poco motivados para completar las tareas de autocuidado. Estos hallazgos están asociados con el deterioro en la calidad de vida. (Martin et al, 2007)

Con frecuencia, la irrupción de la diabetes supone una situación de crisis, entendida ésta como un cambio inesperado y brusco en la vida de la persona, que le supone un desequilibrio, y cuya forma de resolución condiciona y modula la continuidad de ésta. Por su esencia, la crisis no puede ser permanente sino que tiene un desenlace. En el mejor de los casos, el sujeto logra adaptarse adecuadamente a su nueva situación. En el peor, se instala en el bloqueo, la indecisión o la angustia. (Lorente, 2007)

En este sentido, Rocamora (2006) habla de «puertas falsas» para referirse a adaptaciones inadecuadas en las que el estrés inicial se reduce, pero con un coste personal elevado. Su denominador común es el hecho de que la persona tiene

dificultades para aceptar su nueva situación, lo que conlleva el empobrecimiento de la personalidad, el incremento de la angustia y la merma de su calidad de vida.

Este autor propone como alguna de estas «puertas falsas» son:

- La negación. Se trata de uno de los mecanismos de defensa más arcaicos. La angustia que genera a la persona una situación, unida al sentimiento de incapacidad para resolverla, le hace descalificar su importancia. Se manifiesta en la falta de adhesión al tratamiento o en no acudir a las consultas programadas.
- El «callejón sin salida». Sentir que no puede hacer nada por cambiar su situación, posiblemente se concrete en la resignación pasiva y la renuncia a la búsqueda de una mayor calidad de vida. Así, el pesimismo tiñe la vida del paciente.
- La hipocondría. La vivencia de enfermedad es tan intensa y desestructurante que se convierte en el único punto de vista del enfermo. Lo somático pasa a ser el vehículo de expresión prioritario, y puede aparecer todo un cuadro de síntomas físicos que no son sino la expresión de su angustia. (Rocamora, 2006)

Ledón Llanes (2008) manifiesta que el carácter crónico de la DM define uno de los mayores impactos sobre los procesos de identidad y de vida, pues los sujetos sienten que han dejado de ser sanos para convertirse en enfermos. Esta transición deja huellas en las áreas de vida privilegiadas, especialmente en su definición de sí mismo. Es común encontrar la construcción del diagnóstico de la enfermedad como un momento que marca el inicio de una nueva etapa de la vida, asociada a limitaciones, preocupaciones de salud y manipulaciones del cuerpo.

Este autor explica que las manifestaciones psicológicas pueden ser un resultado del proceso de enfermedad en sí mismo, pero sobre todo, del impacto de sus manifestaciones físicas, así como de la significación personal y social atribuida al proceso de enfermedad. En dicha significación pueden integrarse de forma única los conceptos propios y heredados de salud y enfermedad; los significados sociales de la enfermedad; su impacto en los desempeños cotidianos; la modificación o limitación del funcionamiento corporal; las posibilidades percibidas de control y recuperación de la salud; la estructura psíquica del individuo; y sus condiciones concretas de vida (economía, accesibilidad a servicios de salud, redes de apoyo social, entre otros). (Ledón Llanes, 2008)

El tratamiento y la adaptación o aceptación de la enfermedad puede implicar un largo proceso de maduración durante el cual se han reportado numerosas reacciones psicológicas, como, el shock inicial ante el diagnóstico, la negación, la irritación, el regateo, la tristeza y la aceptación. (Agramonte, Ledón y González, 2009). Actitudes o

expresiones de rechazo ante la enfermedad pueden aparecer, sobre todo, en los momentos iniciales. (Navarro Despaigne, 2007)

Algunas de sus expresiones más comunes son la sensación de falta de control sobre la enfermedad, los temores e inseguridades respecto a la salud y el cuerpo, la pérdida o disminución de motivaciones, la inquietud o nerviosismo, la aprehensión, los trastornos del sueño y de los patrones nutricionales, la hostilidad, la labilidad emocional, las manifestaciones psicosomáticas (dermatológicas, gastrointestinales y cardiovasculares), las dificultades en los procesos de reconstrucción de la imagen corporal, de la autoestima, y en algunos procesos cognoscitivos (memoria, atención, concentración), el aislamiento social, así como la pérdida del sentido de la vida, entre otros. (Ledón, 2009)

Estudios realizados con personas con diferentes enfermedades endócrinas, dentro de las que se incluye la DM (como enfermedad única, o compartida con otras endocrinopatías), revelan que aunque los impactos de la enfermedad y su tratamiento sobre el cuerpo y su funcionamiento son profundos, son los cambios vividos desde el punto de vista psíquico y emocional y, especialmente, su expresión en las relaciones interpersonales (pareja, familia, compañeros de trabajo y/o estudio), el contenido fundamental de las preocupaciones y del sentido de insatisfacción en estas personas, en especial, para las mujeres. (Ledón, 2008)

La presencia de temores respecto a la salud propia, la familiar, las preocupaciones por convertirse en una carga para los seres queridos y para la sociedad, los sentimientos de tristeza y desesperanza asociados con la pérdida de la salud, las modificaciones a incluir en sus vidas, el sentido de sujeción a procesos de atención de salud, y los temores respecto a los propios desempeños, pueden integrarse, de forma particular, en cada individuo, y permear la calidad de sus relaciones. (Ledón, Chirinos, Hernández, Fabré y Mendoza, 2004)

Solicitar ayuda y apoyo en servicios de atención especializados puede ser considerado, por sí mismo, como una forma adecuada y positiva de afrontar las dificultades que impone el vivir con DM (a través de la búsqueda de apoyo social). En general, las personas pueden lograr un tratamiento de la enfermedad y una respuesta psicológica adecuados a partir del fortalecimiento de estrategias activas de afrontamiento a la situación problemática integradas a las de manejo emocional, que incluya reconocer y cuestionar creencias y actitudes de exclusión y vulnerabilidad, y fortalecer la adhesión al tratamiento. Otro aspecto importante a considerar en este proceso es la promoción y acompañamiento a la persona y su familia para identificar los

aspectos positivos y ventajosos vivenciados a partir de la experiencia de vida con la DM. (Gois et al, 2010)

El gran número de investigaciones efectuadas hasta el momento sobre la relación entre el trastorno psiquiátrico y la diabetes en la adolescencia no obtiene resultados concluyentes. Algunos trabajos muestran diferencias claras entre los adolescentes con diabetes y el de controles sanos, y otros no pueden señalar discrepancias estadísticamente significativas. Los trastornos que se señalan como más prevalentes en algunos diseños de investigación en los jóvenes con diabetes son la ansiedad, la depresión, el déficit de autoestima y los trastornos de alimentación. (Hurtado Núñez, 2007)

2.3.2 El diabético y su familia

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo. (Santacruz-Varela, 1983)

La influencia de las relaciones familiares ha suscitado considerable interés en los profesionales interesados en el control de la diabetes, y hay consenso en que el comportamiento de los miembros de la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también puede inferir su cumplimiento. En otras palabras, si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto al tratamiento, se obtendrá un apoyo positivo sobre la salud; pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadaptados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa. Así pues, es necesario distinguir entre los efectos funcionales positivos de los negativos. (Reyes, Garrido y Torres, 2001)

La familia, la pareja, los compañeros de trabajo o de estudios, el personal de salud y las relaciones sociales en general son fuentes importantes de apoyo (Portilla, Romero y Román, 1991).

Anderson, Goebel-Fabbri y Jacobson (2005) especifican que tanto el ambiente social como el familiar son el tercer mediador psicosocial de adaptación para la diabetes y el mantenimiento de la salud.

El estilo de vida familiar depende del cuidado de cada paciente; así todos los padres que participaron en un estudio hecho por Seiffge-Krenke (2001) reportaron cambios en los planes familiares, de los cuales casi la totalidad fue en cuestiones relativas a los

hábitos alimenticios; asimismo, la cantidad de quehacer doméstico se incrementó 60%, y 25% de los padres reportó que sus vacaciones habían sido perturbadas por la diabetes de sus hijos, además del tiempo dedicado a la familia, sus finanzas y trabajo.

Anderson et al (2005) hallaron que el promedio de edades de los padres y las madres adolescentes diabéticos fue de 45 años y 42, respectivamente. Estos autores concluyeron que la situación psicosocial en las familias con adolescentes diabéticos (nacionalidad, estructura familiar, número de hermanos, edades de los padres y sus empleos) no difiere de las familias que no los tienen.

Además afirman que, muchos de los trastornos emocionales inmediatos que sufren los padres se expresan en forma de ansiedad, incredulidad, pena, sensación de culpa, pesadillas, insomnio, síntomas psicósomáticos, negación del hecho, sensación de indefensión y pensamientos más o menos obsesivos por encontrar una explicación acerca de qué pudo haber motivado aquella enfermedad. No resulta fácil afrontar estos difíciles y dolorosos problemas familiares, cuyo núcleo fundamental es el problema del sufrimiento de individuos inocentes.

En cuanto a los problemas emocionales que más frecuentemente afectan a los padres de los diabéticos cuando se les informa la enfermedad de sus hijos, estos autores afirman que se hallan el miedo a la posible amenaza de muerte del niño; la posibilidad de haber causado la enfermedad en el mejor en virtud de la herencia o por haber hecho algo equivocado; la transformación en el modo de considerar a su hijo (de ser un niño saludable que está en crecimiento a un paciente que sufre una enfermedad incurable); la posible ruptura en las actividades y roles sociales comunes hasta ese momento a la familia en general o los padres en particular, y la ansiedad ante el futuro de la vida del niño y su capacidad de respuesta a la enfermedad. (Anderson et al, 2005)

Es a partir de los años setenta cuando se realizan estudios cuyos resultados indican que las personas con familia, pareja estable y amigos –que proporcionan recursos materiales y psicológicos- gozan de mejor salud en comparación con quienes tienen una red social débil. La familia es considerada una instancia que provee al sujeto de un sinnúmero de recursos necesarios en cualquier momento de la vida y, además, el lugar donde la persona adquiere sus primeras habilidades sociales, que son las más importantes ya que serán las que generen la seguridad de relacionarse y enfrentarse a las nuevas situaciones de la vida. (Dreier, 1999)

Puesto que la DM requiere un manejo cotidiano independiente al proporcionado por el médico, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno

otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento. (Méndez López, D.M., Gómez López, García Ruiz, Pérez López y Navarrete Escobar, 2003)

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica. (Valadez-Figueroa, Aldrete-Rodríguez, Alfaro-Alfaro, 1993)

2.3.3 Intervención del Psicólogo

El equilibrio que alcanza el paciente tras la crisis no incluye aceptar el hecho de que tiene diabetes. La aceptación, entendida como el establecimiento de una relación positiva entre la persona y su nueva situación, es la capacidad de ver lo que se considera limitación sin que oculte sus posibilidades reales. (García Monje, 1997)

A la hora de valorar la forma en que el paciente sale de la crisis conviene establecer la diferencia entre adaptación pasiva y afrontamiento. El primer término hace referencia a rutinas que exigen poco esfuerzo personal por parte del sujeto. Por el contrario, lo que caracteriza al concepto de afrontamiento es el proceso de búsqueda de recursos potenciales y movilización de esfuerzos que realiza la persona con el fin de mantener los niveles óptimos de calidad de vida. (Rodríguez Marín, López Roig y Pastor, 1990).

Lorente (2007) plantea que una de las áreas que conviene evaluar es la referida a las estrategias que ha utilizado la persona (por acción u omisión) para salir de la crisis, así como su efectividad.

Este autor explica que uno de los factores de éxito de la intervención estriba en una correcta planificación de ésta. A modo orientativo se propone la siguiente:

- Evaluación inicial:
 - ✓ Primera entrevista.
 - ✓ Entrevistas de evaluación posteriores.
- Determinación de los objetivos y diseño de un plan de tratamiento.
- Ejecución del plan.
- Evaluación de los resultados.

En la Evaluación Inicial, propone, al igual que se afirma que no existen dos pacientes con diabetes iguales, también se puede decir que no hay dos formas iguales de afrontarla. Cuando es el propio paciente quien solicita la intervención de un profesional de la salud mental (por iniciativa propia o por sugerencia de su endocrinólogo), está en una disposición favorable para intentar una adaptación más positiva, ya que es

consciente de su malestar psicológico y de que éste se encuentra estrechamente ligado a su dificultad para aceptar su condición de paciente diabético. Sin embargo, con cierta frecuencia el equipo sanitario de referencia es quien lo deriva tras detectar un grado de sufrimiento emocional elevado constatado mediante continuas referencias del paciente a la dificultad de controlar la diabetes, la presencia de síntomas ansioso-depresivos, así como las referencias del paciente a la vida previa a tener diabetes como un estado idílico de bienestar al que jamás podrá regresar.

En cuanto a la Primera Entrevista, siendo el primer contacto, conviene realizar una recogida no estructurada del motivo de consulta. Permitir que el paciente exprese su visión de qué es lo que le ha llevado a solicitar ayuda, le da al profesional una visión aproximada de su situación, dónde coloca el foco del problema así como los recursos que ha utilizado hasta entonces para resolverlo. También en esa primera entrevista se pueden recoger datos objetivos sobre la vida con diabetes del paciente que le resulten menos amenazadores pero que, sin embargo, son útiles para nuestro propósito: años transcurridos desde el inicio de la enfermedad, últimas determinaciones de la HbA1c, hábitos de autocuidado, posible presencia de complicaciones, etc.

En la fase de diagnóstico se trata, en suma, de conseguir un perfil lo más completo posible respecto a la situación biopsicosocial del paciente.

La formulación de objetivos es un tema delicado, ya que una elección inadecuada comprometerá seriamente el éxito del tratamiento. Sin embargo, no se debe perder de vista que la no aceptación hunde sus raíces en la interpretación que hace la persona de su situación vital, por lo que en el planteamiento se debe incluir la realización de un trabajo sobre las cogniciones del paciente.

El tipo de intervención por el que se opte dependerá de múltiples factores: formación del terapeuta, situación del problema, recursos disponibles, aspectos intrínsecos del paciente, etc.

Por último, en cuanto a la Evaluación de los resultados y Finalización, expone que en el plan terapéutico se debe incluir la forma en que se van a evaluar los progresos del paciente. Debe ser lo más objetiva posible, mediante la aplicación de cuestionarios y la valoración de los autorregistros que ha ido realizando el paciente sobre los objetivos propuestos. Conviene establecer una fecha para revisar los objetivos y replantearlos si fuera oportuno según el curso del tratamiento. (Lorente, 2007)

2.4 Institución Educativa

2.4.1 Educación sobre diabetes

Según Anguita, Gómez, Llobet y Yoldi (2009) el manejo de la diabetes es complejo y requiere una exhaustiva información y formación. La educación terapéutica sobre la diabetes es un proceso mediante el cual el paciente y la familia asumen conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas para conseguir un buen control de su diabetes. Los objetivos de la educación se definen en función de la edad del niño y el grado en que la familia acepte la enfermedad.

Estos autores proponen que es preciso elaborar un programa educativo que contemple múltiples aspectos y requiere una planificación estructurada con el fin de evitar que el proceso de aprendizaje sea complejo. Además, disponer de material educativo adecuado contribuye de manera significativa a facilitar la integración de su nueva situación en la vida cotidiana. Es fundamental impartir estos aspectos de manera progresiva, individualizados según la capacidad de aprendizaje del paciente y su familia. La transmisión excesiva de contenidos de enseñanza podría obstaculizar el aprendizaje de los conceptos más relevantes. Por lo tanto, podríamos decir que no es preciso que los pacientes sepan todo sobre su enfermedad, sino sólo aquello que sea útil para su autocuidado, en definitiva, para conseguir un buen control metabólico.

Educar a los profesores sobre la diabetes y organizar el entorno escolar para mejorar la atención diabética reducirá los problemas a los que se enfrentan los niños con diabetes en la escuela y mejorará su calidad de vida. Ofrecer concienciación sobre la diabetes dentro del entorno escolar también podría ayudar con la detección precoz y el diagnóstico. (Hatun y Özcan, 2013)

Los diabetólogos expertos y los prestadores de servicios de salud reconocen que la educación es uno de los elementos más importantes del tratamiento de la diabetes; sin embargo, el problema fundamental es que no todos los encargados de la atención médica son expertos, ni los administradores de las instituciones de salud saben lo que se necesita en la asistencia del diabético. En muchas partes del mundo, y en particular en países en desarrollo, no hay apoyo ni interés en la preparación y enseñanza de los educadores. Esto se debe a que la educación del diabético es considerada como una tarea superflua y de escaso prestigio. Por esa razón, la estructuración de los programas para enseñar a los educadores en diabetes suele ser insuficiente e inadecuada, y esto se observa en particular en el caso de los educadores que no poseen bases médicas suficientes. (De Alva, 1994)

2.4.2 Diabetes en la escuela

Gómez Gila y Espino (2012) afirman que la escolarización, es un factor importante en el desarrollo psicomotor, afectivo, cognitivo y social de la persona, lo es especialmente en las situaciones en las que se ha de hacer frente a la enfermedad. Asegurar las condiciones de mayor normalidad no sólo repercutirá en las perspectivas futuras de desarrollo, sino que contribuirá a llenar de contenido la vida cotidiana y a sobrellevar las dificultades que la enfermedad genera en cada momento.

Estos autores explican que como el tratamiento de la diabetes mellitus está encaminado a mantener la glucemia lo más próxima posible a la normalidad y considerando el tiempo que los niños con diabetes permanecen en el centro escolar, la supervisión de éste, sobre todo en los niños más pequeños, es fundamental para garantizar el adecuado cumplimiento del mismo, minimizando el riesgo de complicaciones agudas y, en caso de que aparezcan, tratándolas de la manera más precoz posible.

Además agregan que, alcanzar este objetivo no es tarea exclusiva de la administración educativa ni del profesorado que directamente interviene en los programas específicos, implica también al profesorado de los centros ordinarios, a los profesionales de los servicios de orientación educativa y de los centros sanitarios y a los padres o representantes legales del alumnado. Sólo con la colaboración y coordinación de todos los que intervienen en la atención educativa y sanitaria es posible ofrecer una respuesta educativa y asistencial con la calidad que la infancia y la adolescencia requieren. (Gómez Gila y Espino, 2012)

Siguiendo a Sánchez y Pulido (2007) se trata en definitiva de que el centro educativo sea una organización de y para la diversidad; en donde toda la comunidad educativa unifique esfuerzos hacia un mismo fin, responder y atender a todo el alumnado. Para ello, se necesita maestros y profesores ágiles de cuerpo y mente, investigadores de la teoría y de la práctica, con formación actualizada (bien a través de congresos, ponencias, grupos de trabajo, etc.) que den respuestas educativas adecuadas a cada niño en particular y al grupo clase.

Aunque generalmente los niños con diabetes no precisan apoyos especializados, en ocasiones necesitan algunos cambios organizativos relacionados con la flexibilidad de horarios, la administración de insulina, la ingesta de alimento o prevención de accidentes ante determinadas actividades. Deben disponer de un Plan de Atención Individualizado. Los padres y el equipo de atención diabetológica deben trabajar

conjuntamente para proporcionar al equipo educativo la información suficiente que permita que los niños con diabetes participen plenamente y con seguridad de la experiencia educativa. Las necesidades y pautas de tratamiento del niño o niña con diabetes se deben concretar en cada caso en el informe médico elaborado por el equipo sanitario, que lo entrega a la familia. (Gómez Gila y Espino, 2012)

Las pruebas sugieren que muchos niños y adolescentes con diabetes siguen enfrentándose a obstáculos que dificultan su educación y mantienen la discriminación y la estigmatización, en particular en países de ingresos medios y bajos. La escuela y las políticas nacionales a menudo no reconocen las necesidades especiales de un niño que vive con diabetes. La falta de ayuda necesaria para analizarse la glucemia, administrarse insulina y tratar situaciones de emergencia (por ejemplo, la hipoglucemia) puede tener como resultado que el niño sea excluido de las actividades escolares. Algunas escuelas consideran que pueden reservarse el derecho de denegar el acceso a un niño con diabetes e, incluso cuando se les permite matricularse, a algunos niños se les impide participar en actividades extracurriculares. (Amillategui, Calle y Álvarez, 2007)

A estos niños no sólo se les debería permitir el acceso, sino motivárseles para participar en todas las actividades con sus compañeros de escuela. Para acomodarlos, un enfermero escolar o un consejero deberían formarse en atención diabética básica. Otros requisitos para la atención diabética podrían ser un espacio privado para medirse la glucemia e inyectarse insulina, así como la provisión de comidas saludables en la escuela, tentempiés y descansos para ir al cuarto de baño durante las clases. Además, los profesores deberían aprender a reconocer los síntomas de la diabetes y poder detectar a los niños con síntomas a tiempo con el fin de evitar graves eventos como la cetoacidosis diabética. (Hatun y Özcan, 2013)

La ignorancia y los conceptos erróneos sobre la diabetes que mantienen y promueven el personal escolar, los compañeros de estudios y los padres de otros estudiantes a menudo son la raíz de dicha estigmatización y discriminación. Además, un aula escolar podría no ser el espacio limpio y adecuado que ayude para el desarrollo del tratamiento indicado. (Belton y Pansier, 2013)

2.4.2.1 Actividades complementarias y extracurriculares

Jamás el alumno diabético debe quedar excluido de una actividad extraescolar viajes o excursiones por el mero hecho de tener diabetes. La diabetes no debe suponer en ningún momento ni una excusa ni una prohibición para poder realizar cualquier actividad en el diabético, siempre que se mantenga un adecuado autocontrol. Siempre

que el niño/adolescente diabético vaya a realizar una salida con la institución educativa, de duración superior a unas pocas horas, los profesores/maestros junto con los padres, deben comprobar que lleva consigo:

- Identificación personal
- Tarjeta Sanitaria
- Azúcar y/o bebidas azucaradas.
- Jeringuillas y agujas o autoinyectores
- Insulinas a utilizar (el doble de las necesarias y guardadas en lugares diferentes para prevenir que se puedan perder) para bajar la azúcar o niveles de glucosa ante una hiperglucemia)
- Reflectómetro, lancetas y tiras reactivas (sangre y orina)
- Glucagón (en recipiente isotérmico, colocado en un lugar fácilmente de acceder y que se encuentre visible, es preferible que lo lleve el niño encima). Este medicamento está indicado para subir la azúcar o niveles de glucosa (ante una hipoglucemia)
- Plan de tratamiento completo con horarios
- Comida preparada (reserva de alimentos por si hay retrasos en los desplazamientos)

(Vico Polo, V.A., 2011)

2.4.2.2 Rol del docente ante complicación del alumno diabético

El profesorado del centro debería conocer las características más relevantes de la diabetes para tomar las medidas oportunas en cada una de las situaciones y brindar al alumno el apoyo adecuado. Para ello hay que educar a los profesores y al resto del personal sobre las características generales de la enfermedad, así como en la detección y resolución de problemas urgente. (Gómez Gila, A.L. y Espino, R., 2012)

Las complicaciones del tratamiento pueden ser de dos tipos:

- Hipoglucemia: Se trata de un descenso de la glucosa sanguínea. Es la complicación de la diabetes más habitual en niños y si no se actúa de forma correcta y rápida puede sobrevenir un coma hipoglucémico. Los síntomas más frecuentes de la hipoglucemia son la sensación de hambre; temblores; sensación de mareo; visión borrosa; sudación fría; palidez y/o aparición de comportamientos anómalos como agresividad; desorientación; llanto; decaimiento y/o irritabilidad, pudiendo llegar a la pérdida de conocimiento y convulsiones.

En caso de estar consciente, se le debe dar un alimento rico en azúcares de absorción rápida (jugo de frutas, gaseosas, un terrón de azúcar, chocolate, etc.), reforzando con pan, galletas, o cualquier alimento que contenga carbohidratos de absorción lenta.

En caso de estar inconsciente, no debe darse nada por boca. Trasladarse urgentemente a un Centro Sanitario donde pueda ser atendido convenientemente. (Existe un medicamento, glucagón, que puede ser fácilmente administrado en estos casos, siempre que exista pérdida de conocimiento. Su administración es sencilla pero será voluntaria por el personal docente, con adiestramiento e información previa, y se debe disponer de un consentimiento firmado por los padres del niño, que además, deben procurar el medicamento.)

- **Hiperglucemia:** es una complicación de la diabetes que también puede ocurrir en los niños diabéticos, consiste en aumento de glucemia. Normalmente los síntomas de hiperglucemia se instauran lentamente. Los síntomas en un principio suelen ser sed intensa y frecuentes deseos de orinar, posteriormente, si no se actúa a tiempo, aparece: cansancio, decaimiento, dificultad respiratoria, cefaleas, dolor abdominal y vómitos. Es característico el aliento cetósico ("olor a manzanas"). Las opciones son que si solamente se aprecia sed y deseos frecuentes de orinar se debe avisar a la familia, permitir la asistencia a los aseos y la ingesta extraordinaria de agua. En el caso que aparezcan vómitos, dolor abdominal, etc., conviene trasladarlo a su domicilio o al centro de salud más próximo. (Vico Polo, 2011)

2.4.2.3 Integración del alumno diabético

Barrio, Méndez Castedo y Rodegas (2004) explican que sí la escuela forma parte de la vida de cualquier niño y se ha mostrado indispensable para la armonía de su desarrollo, en el caso de una enfermedad crónica como la diabetes, su importancia es aún mayor. El papel de la escuela para la integración del niño o adolescente con diabetes es decisivo, potenciando situaciones de convivencia no discriminatorias, fomentando hábitos de autonomía, y posibilitando la adquisición de contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales que ayudarán al desarrollo del chico en todas sus potencialidades.

Estos autores proponen que para que el contexto escolar responda a las necesidades educativas de estos chicos se deben tener en cuenta dos actuaciones fundamentales:

B) Adecuar el proyecto de centro a través de las modificaciones oportunas en el Proyecto de Gestión y el Proyecto Curricular.

Cuanto más decisiones se tomen a nivel general para facilitar la integración de los alumnos con enfermedades crónicas, menos decisiones particulares habrá que tomar y menos desintegrado se sentirá el niño.

Respecto al Proyecto de Gestión, el centro escolar debería adecuar todos aquellos aspectos del proyecto educativo y del reglamento de régimen interno que fuesen necesarios.

En cuanto al Proyecto Curricular, deberían revisarse todos los aspectos del proyecto curricular de etapa, de los ciclos y de las áreas que tuviesen que ver con la educación en valores y especialmente con la educación para la salud. Un centro escolar que integre alumnos con enfermedades crónicas debe potenciar especialmente estos objetivos y contenidos.

B) Adaptar al profesorado y a los compañeros a la nueva situación para que puedan brindar un verdadero apoyo al niño y normalizar la escolarización. Para ello deben disponer de información suficiente y adecuada que les permita afrontar cualquier eventualidad con objetividad.

La formación en los aspectos básicos y fundamentales de la diabetes permitirá al profesorado planificar con más libertad las actividades escolares y prever las posibles complicaciones para el niño con dicha enfermedad. También podrá, junto a su competencia transmitiendo conocimientos, manejar aspectos emocionales (sobrepotección, autoconcepto, habilidades sociales, etc.) que potenciarán el crecimiento global del niño, evitando su infantilización.

Estos autores defienden la idea de que para el niño con diabetes es muy importante cómo manejan sus maestros o profesores la situación en clase, lo receptivos que son a su nueva situación, y cómo se adapta el centro escolar a sus necesidades. (Barrio, Méndez Castedo y Rodegas, 2004)

CAPITULO III: Estado actual de los conocimientos sobre el tema

3.1 Estudios actualmente realizados

La mayoría de las investigaciones que tratan de abordar el tema de la Diabetes en la escuela son de España, desafortunadamente no existe un gran caudal de información sobre nuestro país.

Corominas (2005) sobre el estudio realizado por la Fundación para la diabetes en trece hospitales de la comunidad de España, para detectar y cuantificar las necesidades especiales del niño con diabetes en la escuela, ha resaltado las siguientes conclusiones:

- El 59% de los cónyuges se han visto obligados a modificar su actividad laboral para atender a su hijo
- El 81% de los niños debe realizar algún autocontrol durante la jornada escolar: el 16% de los casos les ayuda su profesor; al 34% no les ayuda nadie, y el 27% no precisan ayuda.
- El 30% necesita ponerse insulina en el colegio. El 25% ha tenido que cambiar la pauta de insulina por falta de colaboración del colegio.
- Los padres afirman que son los profesores los que más ayudan a sus hijos en el colegio (74%).
- El tipo de ayuda que los padres demandan es que haya un enfermero en el colegio (78%) y que los profesores tengan mayor información sobre la diabetes y las situaciones de emergencia (68%).

Bodas, Marín, Amillategui y Aran (2008) sostienen que en España, sólo existe hasta la fecha un estudio publicado sobre las necesidades específicas de los escolares con DM1 (concretamente, de la Comunidad de Madrid) desde el punto de vista de los padres, que revela que cerca de la mitad de los progenitores, habitualmente la madre, tuvo que modificar o dejar su trabajo con el fin de atender las necesidades del niño con diabetes en la escuela. Además, un 20% de los niños de entre 7 y 10 años de edad tuvieron que modificar las pautas de insulina inicialmente prescritas por su médico para evitar la administración de la insulina en la escuela.

Estos autores realizaron un estudio observacional basado en las opiniones de niños y adolescentes con DM1, entre 6 y 16 años de edad (un 51% del sexo femenino), que asistieron a un total de 18 colonias de verano organizadas por otras tantas asociaciones de diabéticos, entre julio y septiembre de 2006 en diez comunidades autónomas del país

de España. Con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre las necesidades específicas de los niños con DM1 en el ámbito escolar partiendo de la información proporcionada por ellos mismos, así como las medidas que, en su opinión, facilitarían el tratamiento de la diabetes y la igualdad de oportunidades en las actividades escolares y extraescolares.

En este estudio se obtuvo como resultado que en respuesta única sobre una escala de 5 («muchísimo») a 1 («nada»), la mayoría (77%) afirma que la diabetes no dificulta la relación con sus familiares, sin que se observen diferencias por grupos de edad. Asimismo, en una escala de 5 («excelente») a 1 («mala»), la adaptación a la vida escolar antes (4,2) y después (4,0) del diagnóstico es buena, ascendiendo esta última valoración a 4,5 en Navarra. El 73% asegura no ocultar la condición de diabetes, frente a un 26% que afirma lo contrario, aunque sea ocasionalmente. Por sexos, la ocultación se da con más frecuencia en niñas (30%) que en niños (22%), y, por edades, en el segmento entre 11 y 13 años (28%).

Preguntados por los recursos existentes en sus centros escolares para el cuidado de la diabetes, resulta que tan sólo el 21% de los colegios cuenta con un enfermero, variando el porcentaje entre centros públicos (16%), concertados (19%) y privados (51%). El 44% de los centros dispone de glucagón, encontrándose diferencias según que la escuela sea pública (40%), concertada (46%) o privada (59%). Una cuarta parte de los encuestados no sabe o no responde sobre la disponibilidad de glucagón en el colegio, porcentaje que se duplica en el caso de Andalucía. Respecto a si alguien en el centro escolar estaría dispuesto a inyectarle glucagón en caso necesario, el 36% responde afirmativamente, aumentando ese porcentaje al 51% en el caso de los centros escolares que cuentan con enfermero y al 60% si disponen de glucagón.

La casi totalidad de los escolares que participó, afirma saber cómo medir la glucemia e interpretar los resultados. Paradójicamente, tan sólo el 65% refiere hacerse controles de glucemia mientras se encuentra en la escuela, porcentaje que asciende al 73% entre los que tienen menos de dos años de evolución de la diabetes. Una minoría refiere haber tenido que modificar la pauta de insulina (7%) y/o disminuir los controles de glucemia (8%) por falta de ayuda en el colegio.

Entre los que se quedan a comer en el colegio (153), el 37% lleva la comida de casa, práctica que es más frecuente entre los de mayor edad. El 65% afirma que los responsables del comedor saben que tienen una dieta especial, si bien el porcentaje varía sensiblemente en función del tipo de centro (público, 56%; concertado, 74%; privado, 80%). Entre quienes no comen en el colegio (171), los motivos más frecuentes son: el

colegio está cercano al domicilio (56%), seguir una dieta correcta (40%) e inyectarse insulina (14%).

El 54% manifiesta que en el colegio saben reconocer los síntomas de una hipoglucemia, porcentaje que asciende al 63% entre los menores de 10 años y desciende al 45% entre los mayores de 14. Las hipoglucemias las resuelven por sí mismos (41%) o bien se les administra algún tipo de azúcar por vía oral (61%), y en el 20% de los casos se ha avisado a los padres. Aunque observan diferencias en función de la edad y el tipo de centro.

Şükrü Hatun y Şeyda Özcan (2013) informan que en 2010, se desarrolló en Turquía el programa “Diabetes en la escuela”, como protocolo conjunto de la sociedad turca de endocrinología Pediátrica y Diabetes en colaboración con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud. Los objetivos del programa iban dirigidos a las comunidades escolares de toda Turquía con el fin de aumentar la concienciación sobre la DM1, ofrecer una mejor atención pediátrica, mejorar los estándares nutricionales para los niños en edad escolar y prevenir la obesidad. En tan sólo dos años, varios profesores detectaron síntomas de diabetes en 40 niños no diagnosticados. Cada uno de los docentes que ha participado en la reunión nacional organizó a continuación reuniones sobre diabetes en escuelas con la ayuda de las autoridades locales. En 2011, se organizó una reunión de formación de un día de duración en toda Turquía, que incluyó a profesores, funcionarios gubernamentales y expertos en diabetes pediátrica y obesidad. Para el Día Mundial de la Diabetes 2011, se presentó la campaña y millones de niños en edad escolar y profesores se unieron a las sesiones de formación en la escuela que se organizaron dentro del ámbito del programa, impartidas por expertos en salud diabética.

Estos autores explican que en este país hay aproximadamente 20.000 niños, la mayoría de edad escolar, que viven con diabetes (principalmente tipo 1). Desgraciadamente, muchos niños que viven con DM1 y sus familias encuentran problemas para acceder al entorno escolar y participar en los programas escolares. Según un estudio reciente, al regresar a la escuela, la HbA1c de los niños aumentaba y tuvieron problemas con su atención diabética.

Agregan que la preocupación por la atención y la detección de la diabetes en las escuelas se vuelve aún más compleja con el creciente problema del aumento de peso y la obesidad en la infancia. La frecuencia de obesidad dentro del grupo de edad de entre seis y dieciséis años ha aumentado en los últimos ocho años en Turquía, pasando del 5% al 10,5% (16,3% dentro del grupo de nivel alto de ingresos). Un tercio de los niños también ha desarrollado un mayor riesgo de obesidad durante la edad adulta y/o DM2.

La obesidad infantil está causada principalmente por los malos hábitos de estilo de vida, como el consumo de comida basura con un alto contenido en calorías o procesada, como las bebidas azucaradas y la falta de actividad física.

Es por este programa que para finales de 2011, más de 7,5 millones de estudiantes y casi 600.000 profesores habían recibido formación en 25.000 escuelas por parte de distintos expertos en salud diabética. Desde el primer cursillo, en 2010, un gran número de estudiantes y profesores se sumaron para unirse a las actividades de formación en la escuela. En 2012 se crearon los “Premios a los logros del profesorado” y se concedieron a siete profesores, cada uno procedente de una región distinta de Turquía.

Belton y Pansier (2013) cuentan que en Junio del 2013, la Federación Internacional de Diabetes (FID), en colaboración con la *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes* (ISPAD) y Sanofi Diabetes, presentó el proyecto “KIDS: Kids and Diabetes in Schools” (“Niños y diabetes en las escuelas”), como iniciativa de participación múltiple, y con el objetivo de promover un entorno seguro y de apoyo en la escuela para que los niños con diabetes puedan controlar su afección y combatir la discriminación. Entre los derechos fundamentales de los niños que viven con diabetes se incluye la libertad de acceso a la atención y el apoyo para controlar su diabetes apropiadamente, así como ser plenamente incluidos y participar en todas las actividades escolares a fin de que puedan alcanzar todo su potencial. KIDS también tiene como objetivo aumentar la concienciación sobre la diabetes y promover una alimentación saludable y hábitos de ejercicio en la comunidad escolar.

Al final de la primera fase del proyecto (18 meses), se desarrollará un paquete de herramientas global para la diabetes en la escuela y se pondrá a disposición de las Asociaciones Miembro de la FID a fin de dar a conocer el proyecto tras la presentación piloto en otras partes sucesivas del mundo. En la segunda fase, KIDS tiene como objetivo lograr el apoyo gubernamental a fin de lograr un cambio sistémico para los niños con diabetes en las escuelas, que incluya la difusión de una guía nacional.

CAPITULO IV: Marco Metodológico

4.1 Tipo de Investigación

Se trató de un estudio no experimental, en tanto se realizó sin manipular deliberadamente las variables. Es de tipo transversal, ya que el estudio se ocupa de recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único, con el propósito de describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, a fin de identificar las conductas de los docentes en relación con el tratamiento de alumnos diabéticos. Además, es de tipo descriptivo porque caracteriza el fenómeno estudiado. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010)

4.2 Identificación y definición de variables

4.2.1 Variables

- Actitudes de profesionales de la educación en las escuelas
- Tratamiento de la enfermedad de diabetes

4.2.2 Definición conceptual

Se entiende a las actitudes de los profesionales en las escuelas como la disposición de estos en el momento de intervenir para con un alumno diabético.

En cuanto al tratamiento de la enfermedad, se refiere al conjunto de medios de cualquier tipo cuya finalidad es el alivio de los síntomas.

4.2.3 Definición operacional

Para las actitudes de los profesionales de la educación, se interpreta la frecuencia de los siguientes indicadores: sí nota discriminación o aislamiento de alumnos diabéticos; quien ayuda al alumno ante un autocontrol; quien ayuda al alumno a aplicarse insulina; cómo resuelven las hipoglucemias; sí alguien en la institución sabe aplicar el glucagón; sí recibió entrenamiento y/o capacitación específica sobre los cuidados que requiere la enfermedad; cuánto le preocupa la responsabilidad en caso de tener un alumno diabético; sí se siente cómodo trabajando con alumnos diabéticos; sí considera sentirse más cómodo en caso de tener un mejor conocimiento sobre cómo reaccionar ante los cuidados de alumnos diabéticos; con qué frecuencia llama a los padres y qué tipo de ayuda sugiere dentro del establecimiento educativo para mejorar el cuidado de alumnos diabéticos.

Para el tratamiento médico de la enfermedad, se interpreta la frecuencia de los siguientes indicadores: cuántas veces mide los niveles de azúcar; si sabe aplicarse insulina solo; qué tipo de insulina usa; si informa acerca de su enfermedad al establecimiento; cuáles con los mayores obstáculos para controlar su enfermedad; qué tipo de ayuda en el establecimiento sugiere para mayor cuidado de su diabetes; si le permiten ingerir algún alimento con azúcar dentro del salón ante una hipoglucemia y si le permiten inyectarse dentro de la institución en caso de una hiperglucemia.

4.3 Unidad de análisis

4.3.1 Universo

La prevalencia de diabetes en la población argentina es de 8.5%, según lo publicado por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la encuesta nacional de factores de riesgo. Esto significa algo más de 2 millones de personas. A ello se le deben sumar las personas en riesgo; que es más o menos el mismo número. El 90% de los casos de diabetes son de tipo 2. Si bien históricamente la padecían los adultos de entre 40 y 50 años, la franja etaria fue bajando a 30/20 y ahora en la infancia. (Gagliardino, 2010)

4.3.2 Población

Todos los niños y adolescentes de la ciudad de Rosario que padezcan la enfermedad y se encuentren escolarizados tanto en el nivel primario como secundario. Conforman también la población aquellos profesionales de la educación que tienen a su cargo alumnos dentro de la categoría descripta.

4.3.3 Muestra

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, que implica el empleo de una muestra integrada por las personas cuya disponibilidad como sujetos de estudio sea más conveniente. Si bien es una de las técnicas de muestreo menos sólida, como el fenómeno a investigar es suficientemente homogéneo en la población, se reducirá el riesgo de sesgo (Pineda, Alvarado, Hernández, 1994). La muestra, entonces, constó de:

- 15 niños/adolescentes diabéticos
- 19 docentes y/o no docentes que tengan a su cargo alumnos/as diabéticos

4.4 Técnicas, instrumentos y procedimiento

4.4.1 Técnicas para la recolección de datos

Se utilizó el cuestionario, uno de los instrumentos más utilizados para la recolección de datos y que consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. (Hernández Sampieri et al 2010)

4.4.2 Instrumentos

Se utilizaron los cuestionarios tomados del “Estudio de Investigación - Niños/as, Adolescentes y/o Jóvenes con Diabetes Tipo 1 de entre 10 y 25 años de edad.” (CUI.D.AR, 2011); y del “Estudio de Investigación para docentes de Niños/as, Adolescentes y/o Jóvenes con Diabetes Tipo 1.” (CUI.D.AR, 2011)

Los cuestionarios fueron desarrollados por la Fundación CUI.D.AR con el objetivo de comprender como la Diabetes afecta la vida de niños, adolescentes y jóvenes; conocer las diferentes percepciones que tiene el entorno; entender los principales obstáculos que las personas con diabetes encuentran, para recopilar experiencias e identificar y traducir los resultados en soluciones reales, practicas y concretas que mejoren la calidad de vida de los pacientes diabéticos. (CUI.D.AR, 2011)

El primer cuestionario consta de 21 ítems, de los cuales 16 son preguntas cerradas, 4 preguntas abiertas y 1 de Escalamiento tipo Lickert. El segundo cuestionario consta de 27 ítems, de los cuales 25 son preguntas cerradas, 1 pregunta abierta y 1 de Escalamiento tipo Lickert.

En líneas generales, ambos cuestionarios indagan acerca de aspectos socio demográficos, implicancias de la enfermedad dentro del contexto escolar, obstáculos que pueden surgir debido al tratamiento, actitudes y percepciones de la enfermedad y su correspondiente tratamiento. Para una correcta apreciación del instrumento se adjunta copia modelo de cada uno en el apartado de anexos.

4.4.3 Procedimiento

A través de la institución Cedyn Rosario, en una jornada sobre diabetes realizada el 18 de noviembre del 2012, se contactó a niños y adolescentes que padezcan la enfermedad, solicitando autorización a sus padres para participar del estudio. A su vez, se consultó sobre las instituciones educativas a las que asistían.

Se contactó telefónicamente a las escuelas a las cuales concurren alumnos con diabetes, se pidió la autorización para asistir a las mismas y administrar el cuestionario a los docentes durante el mes de Diciembre del año 2012.

4.5 Consideraciones Éticas

Se le informó a los sujetos que formaron parte del estudio sobre los apuntalamientos del mismo. En el caso de los pacientes muy pequeños, el cuestionario se completo en compañía de sus padres para que pudieran colaborar en las respuestas cuando no comprendieran la misma. Se adjunta en el anexo el modelo Consentimiento Informado para una mejor apreciación del mismo.

Se les aclaró antes de empezar a aplicar los instrumentos que se les garantiza la confidencialidad y el anonimato, así como la indicación de su voluntad de participar.

4.6 Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Rosario, Santa Fe. La misma se ubica a 300 km de la Capital Federal, encontrándose en una posición geoestratégica en relación al Mercosur ya que posee con un importante puerto comercial que la transforma en una de las ciudades más elementales de la provincia y del país de Argentina.

Existen 624 establecimientos educativos destinados a los niveles EGB y Polimodal donde funcionan también 6 universidades que tienen aproximadamente unos 77.400 alumnos en distintas disciplinas. El 15% de la población de Rosario asiste o ha asistido a la Universidad, siendo esta tasa una de las mayores del país. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina, 2003).

A nivel político, la Secretaría de Salud Pública cuenta con equipos de trabajo que promueven y desarrollan actividades de investigación en salud con una perspectiva interdisciplinaria en los campos biomédico, epidemiológico y de servicios de salud. Esto permite dinamizar el proceso de planificación y gestión de los servicios y favorecer la respuesta social a las necesidades de salud de la población.

Tiene ONGs que realizan campañas educativas sobre la enfermedad de diabetes así como con universidades que desarrollan estudios específicos para mejorar la calidad de vida de las personas con dicha enfermedad. Efectúan trabajos de difusión y contención para los pacientes de diferentes edades y tipos de diabetes. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina, 2003).

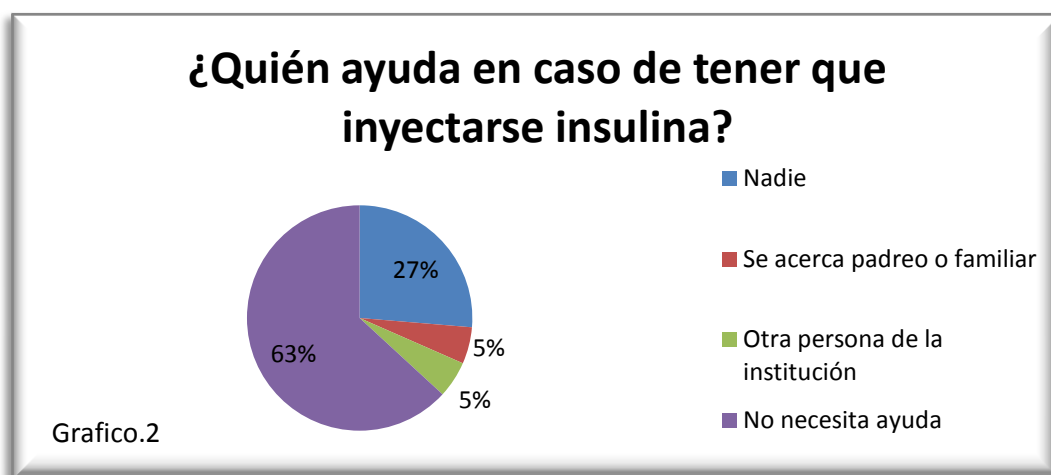
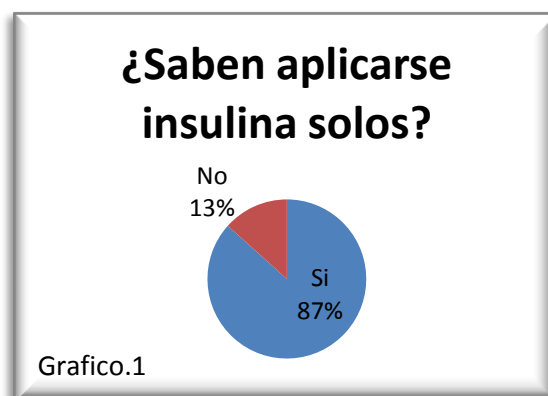
CAPITULO V: Resultados

5.1 Análisis e interpretación de los datos

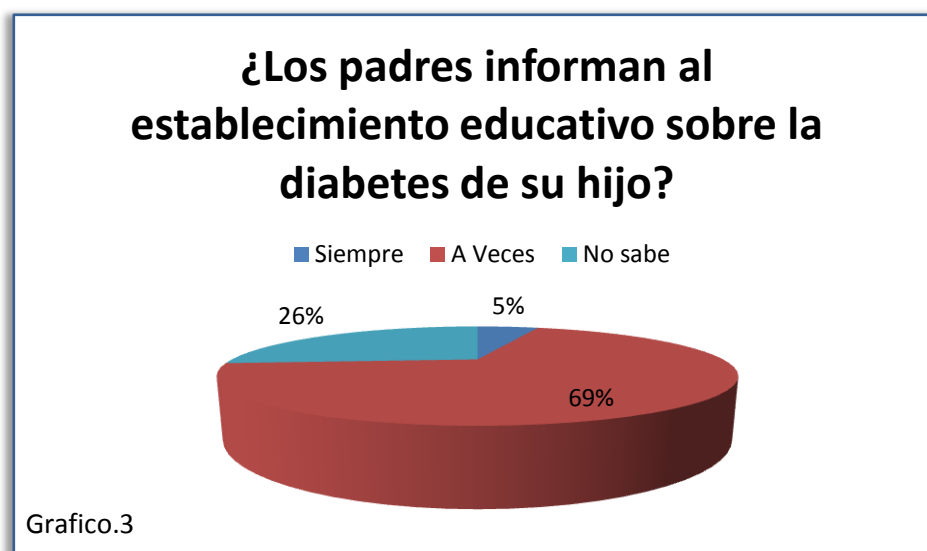
El cuestionario diseñado a docentes, se aplicó a 19 personas de las cuales 4 son Varones y 15 mujeres, con una edad promedio de 42,89 años. En cuanto a los pacientes, el instrumento se aplicó a 15 personas de los cuales 9 fueron varones y 6 mujeres, con una edad promedio de 10,80 años. Aquellos pacientes diabéticos que tenían edades inferiores a los 10 años, fueron acompañados por sus padres para que colaboren en la comprensión y respuesta del cuestionario formulado.

Se consultó a los pacientes diabéticos sobre la cantidad de veces que se inyectaban insulina en el día y este apartado arrojó un promedio de 4 veces diarias. En cuanto al tipo de tratamiento que realizaban, se encontró que 4 de ellos utilizaban Bomba de Infusión Continua de Insulina y 11 se trataban con Inyección Múltiple de Insulina, con un promedio diario de 4,13 veces en cuanto a la cantidad de controles del nivel de azúcar en sangre.

El 87% de los pacientes sabe colocarse la insulina solo, dentro de la institución (Ver Grafico.1) y según las respuestas de los docentes, el 63% de los alumnos diabéticos no necesita ayuda para aplicarse insulina, en un 5% de los casos se acerca alguno de los padres o familiar, en el 5% lo ayuda otra persona de la institución educativa y el 27% de las veces nadie lo ayuda. (Ver Gráfico.2)



Los docentes sostienen que, en general, solo el 5% de los padres informa siempre al establecimiento educativo sobre la diabetes de su hijo, mientras que el 69% afirma que esto solamente sucede a veces y el 26% restante desconoce del tema. (Ver Grafico.3) Sin embargo, y sorpresivamente, el 100% los pacientes afirman que tanto docentes como directivos están al tanto de su enfermedad.

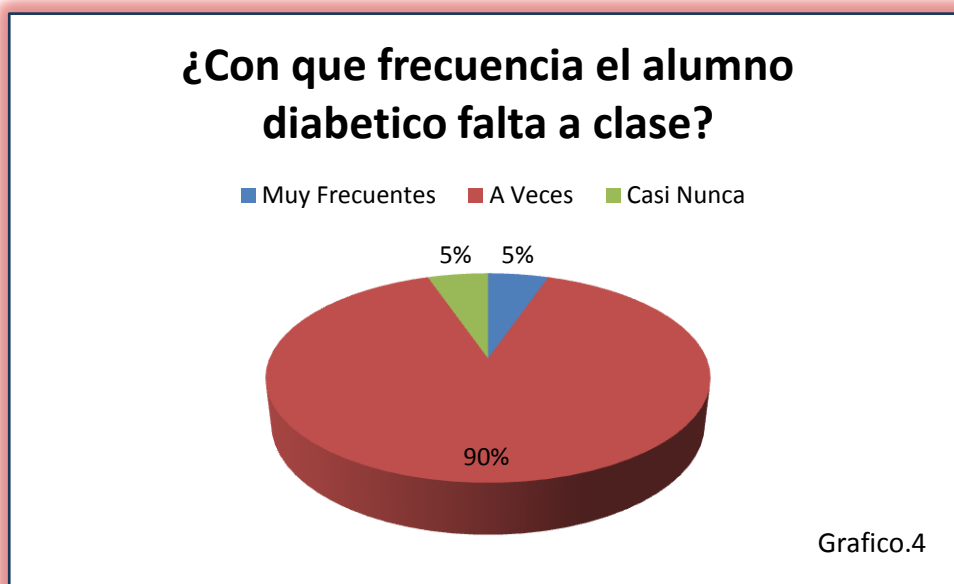


El 93% de los alumnos manifiesta que una de las mejores maneras de ayudarlos con el cuidado de su enfermedad sería que le brindasen información a sus compañeros acerca de la diabetes. Poco más de la mitad (54%) considera que sus pares tienen algún conocimiento acerca de la diabetes, mientras que un 33% sostiene que sus compañeros no pueden comprender lo que significa tener dicha enfermedad; el 13% restante no sabe si sus pares tienen conocimiento o no. Por su parte, el 36% de los docentes responde que los compañeros no saben comprender la enfermedad; el 42% afirma que sí pueden hacerlo y el 21% no sabe responder sobre el tema.

El 80% de los pacientes afirma que no oculta su diabetes, contra un 20% que manifiesta haberlo hecho en algunas situaciones al principio de la enfermedad y en otras, por vergüenza. Estos datos cobran absoluta relevancia a la luz de la perspectiva docente: el 42% considera que “a veces” lo oculta; un 16% opina que “casi nunca” lo hace y el 42% restante no sabe si lo hacen o no.

Con respecto a la discriminación, solamente un 6% de los pacientes siente que ha vivenciado alguna situación de aislamiento por parte de sus compañeros, solo el 11% de los docentes ha dado cuenta de ellas.

El 60% de los alumnos afirma que ha tenido que faltar a clase a causa de su enfermedad, por su parte, el 90% de los docentes confirma que “a veces” ha presenciado la ausencia de estos alumnos a causa de la diabetes; un 5% considera que “nunca” y un 5% confirma que esta situación es “muy frecuente”. (Ver Grafico.4)

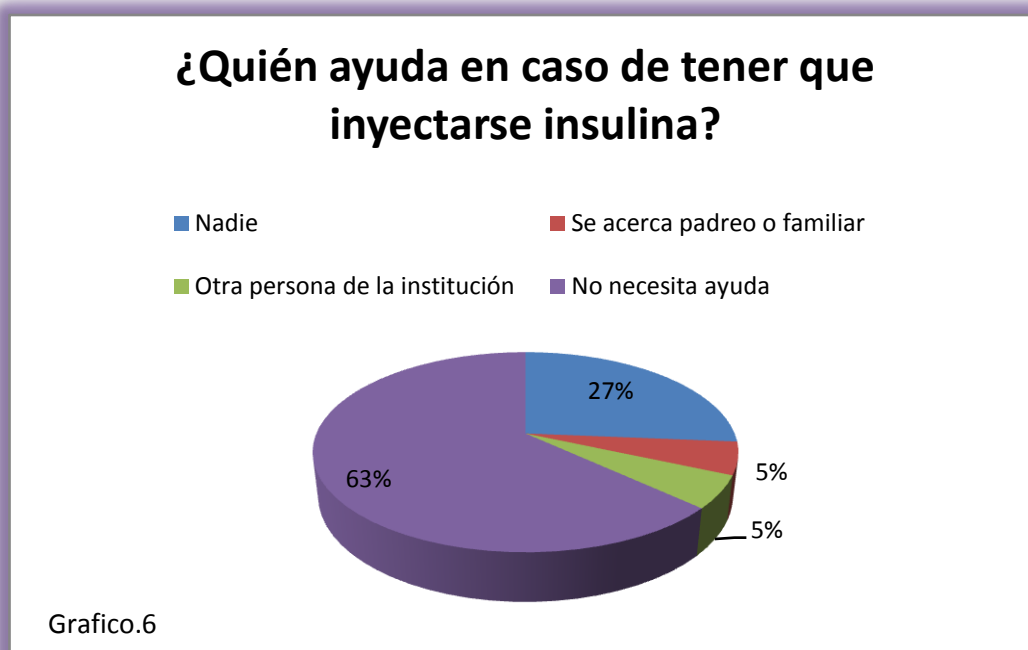


Cuando se consulto a los docente, sobre si el diagnostico marcaba un antes y un después en la vida de los alumnos diabéticos, un 42% contesto afirmativamente; un 37% alego que esto sucedía “a veces” mientras el 21% no sabía dar una respuesta.

Sin embargo, cuando se pregunto sobre quien ayuda a los estudiantes a realizar un autocontrol dentro de la institución educativa, un 48% respondió que no necesitaban ayuda; el 42% afirmo que nadie lo hacía; un 5% agrega que es uno de los padres o familiar que se acerca al establecimiento, el 5% restante no sabe responder quien es el que se hace cargo de aplicar la ayuda necesaria. (Ver Grafico.5)



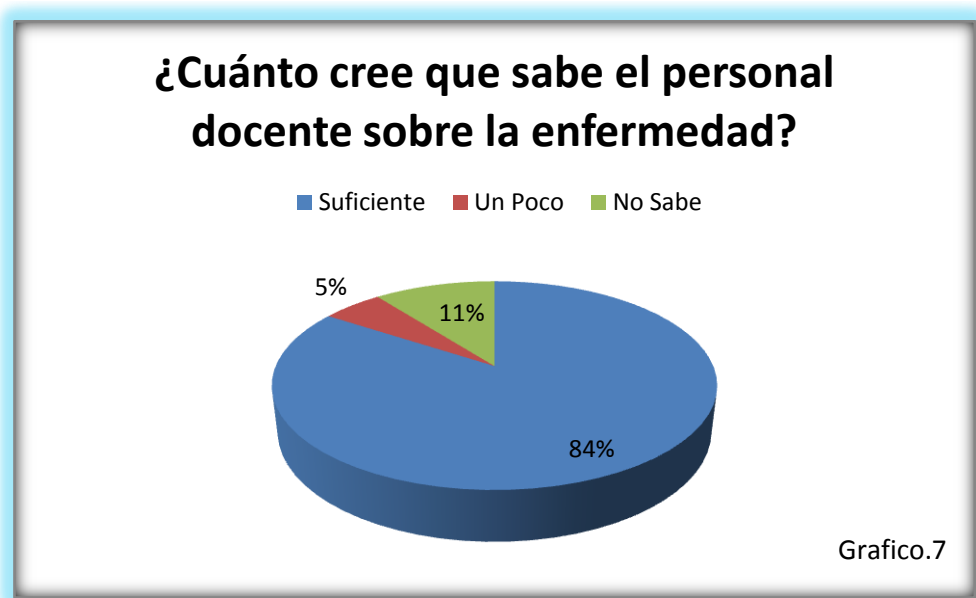
En el caso de que el niño o adolescente presente una Hiperglucemia y la única forma de solucionar esta situación, sería aplicando insulina, el 63% de los docentes afirma que estos alumnos no necesitan ayuda; un 27% confirma que nadie ayuda; el 5% comenta que es otro personal de la institución el que colabora y el 5% restante explica que alguno de sus padres o familiar es el que se acerca al establecimiento para colaborar con la tarea de inyección. (Ver Grafico.6)



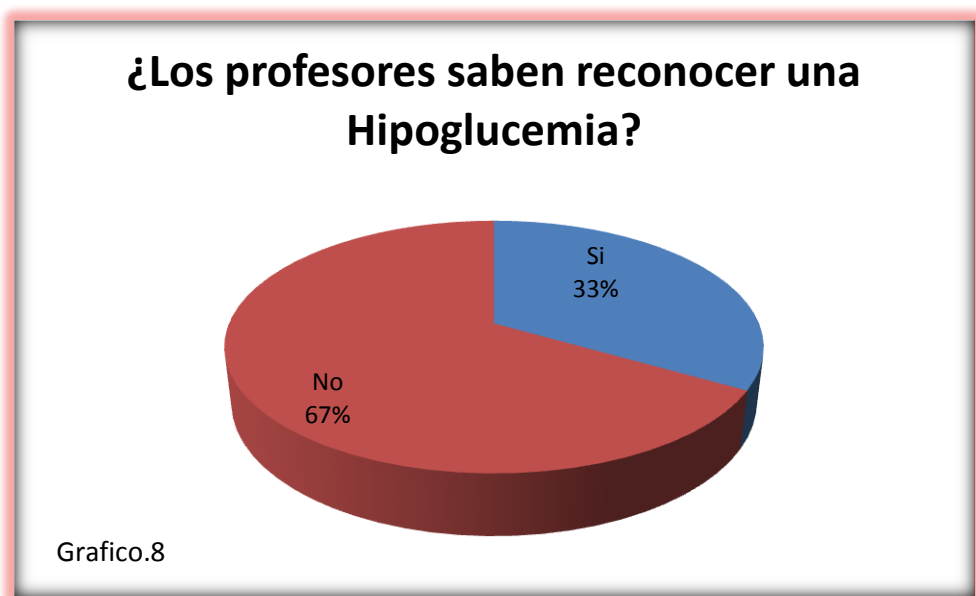
Ante como solucionar una Hipoglucemia, el 89% de los participantes docentes respondió que es el propio niño o adolescente quien las resuelve, y solo un 5% afirmó darle algo dulce para que el nivel de azúcar en sangre subiera.

Uno de los ítems del cuestionario propone a los alumnos que seleccionaran diferentes tipos de ayudas que aporten positivamente en el cuidado de su enfermedad dentro de la institución. El 100% de los participantes coincidió con que los profesores estuvieran informados sobre como asistirlos en las hipoglucemias y en la diabetes en general y el 86% expreso su deseo de que haya un mayor interés sobre su enfermedad por parte del equipo directivo y el mismo porcentaje opino que debería haber un mayor control sobre el menú y la alimentación que ofrecen en el comercio que se encuentra dentro del establecimiento.

Cuando se indagó a los profesores sobre cuanto consideraba el personal docente conocía sobre la enfermedad, un 11% no supo responder a la pregunta; un 5% opinaba que solo se sabía “un poco” y el 84% restante afirmó conocer lo “suficiente”. (Ver Grafico.7)



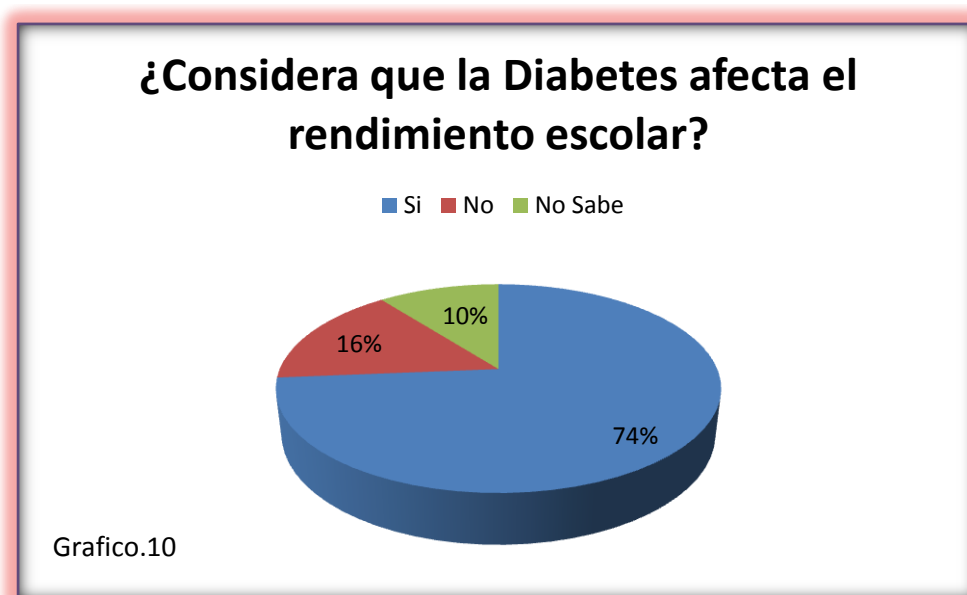
En contraposición a la información brindada desde la perspectiva de los docentes, solo el 33% de los alumnos afirman que los docentes pueden darse cuenta cuando está sufriendo un cuadro de hipoglucemia y un 67% confirmaba que los maestros no sabían reconocerla. (Ver Grafico.8)



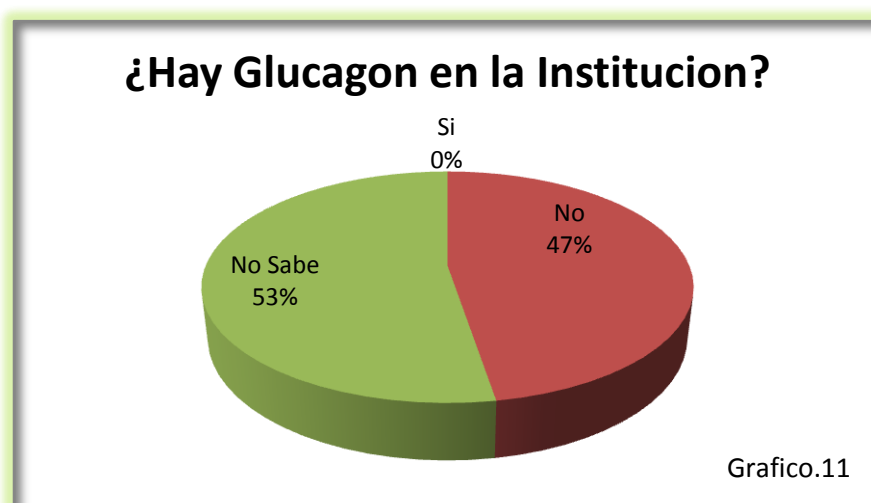
Se consultó, también, sobre la relación entre la enfermedad y el rendimiento escolar: no hay una concordancia de datos si comparamos el cuestionario aplicado a los alumnos y el obtenido de los docentes. De los niños y adolescentes encuestados, el 80% alude a que nada influye la enfermedad sobre su rendimiento; un 13% difiere en que afecta pero solo “un poco” y el 7% que resta no sabía responder a la pregunta. (Ver Grafico.9)



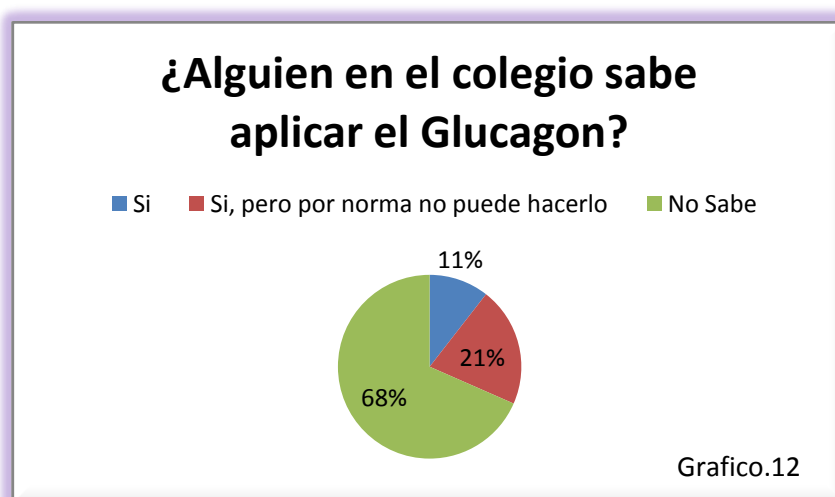
Al contrario de lo expuesto por los alumnos, un 74% de los docentes opina que la enfermedad afecta al rendimiento académico de los estudiantes; solo un 16% consideraba que no había relación, por ende, no afectaba y el 10% no sabía responder a la pregunta. (Ver Grafico.10)



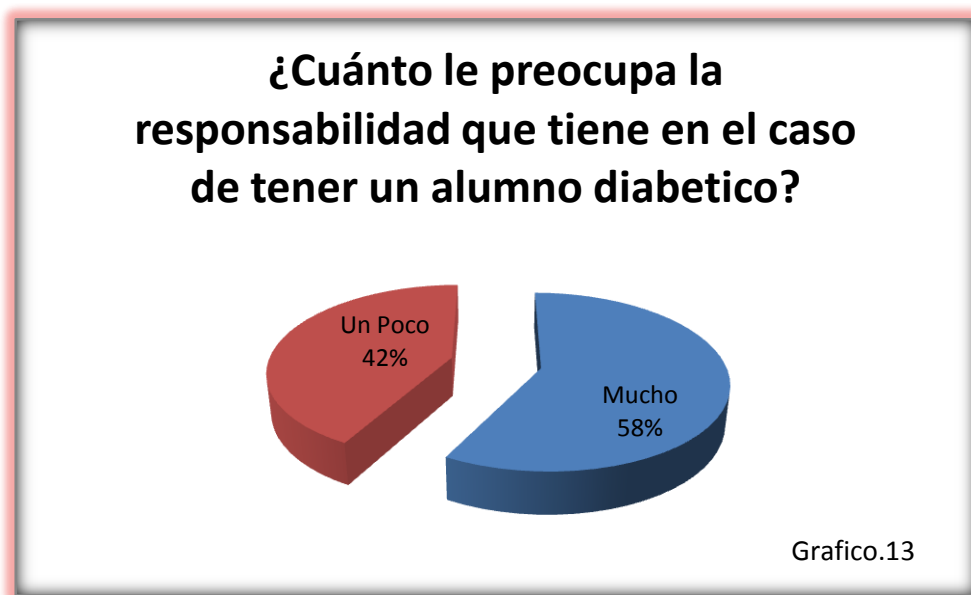
El 79% de los docentes, afirman haber recibido entrenamiento y/o capacitación específica sobre los cuidados que requiere un niño o joven con diabetes dentro del ámbito educativo, y el 90% considera que es “muy necesario” que el personal docente y no docente de los establecimientos educativos tengan información y/o estén entrenados sobre los cuidados que los niños y jóvenes con diabetes necesitan. Sin embargo, cuando se consulto sobre la existencia de Glucagón dentro de la institución, el 53% de maestros no supo responder a la pregunta y el 47% restante afirma que no existe este medicamento en el establecimiento. (Ver Grafico.11)



A su vez, solo el 11% de los docentes consultados sabe aplicar este medicamento de suma importancia en caso de una descompensación del alumno por una hipoglucemia severa; un 21% afirma que sabe colocarlo pero por norma no podría hacerlo y un sorpresivo 68% no sabe indicar si alguien tiene conocimiento sobre la colocación del mismo. (Ver Grafico.12)



En adición a los datos obtenidos, cuando se pregunto acerca de la responsabilidad que se tiene en el caso de tener alumnos con diabetes, el 58% respondió “mucho”, mientras que un sorpresivo 42% considero que solo “un poco”. (Ver Grafico.13)



En relación a la responsabilidad asignada a los padres, un 42% respondió que los mismos no delegan demasiada responsabilidad a los docentes, el 43% no supo responder a la pregunta y un 16% opino que sí. (Ver Grafico.14)



También se indagó sobre las comodidades de trabajar con alumnos que poseen la enfermedad: el 26% contestó que le era indistinto, un 69% afirmó que se sentía cómodo y el 5% respondió que no se sentía cómodo. (Ver Grafico.15)



Se preguntó, también, si consideraban sentirse más cómodos al poseer información sobre cómo reaccionar frente a los cuidados que requiere un alumno diabético en el establecimiento educativo: un 42% no supo responder a la consulta, el 32% respondió negativamente y un 26% afirmó que cambiaría su comodidad. Sin embargo, el 57% de ellos también eligió que “los profesores estén informados sobre cómo tratar la hipoglucemia” como una de las mejores opciones para mejorar el control de la diabetes de sus alumnos.

El 13% de los participantes que completaron los cuestionarios destinados a los alumnos diabéticos, respondieron que no se les permitía ingerir ningún alimento dulce dentro del salón en caso de sufrir una Hipoglucemia, mientras que un 20% afirmaba que se les era negada la posibilidad de que pudieran aplicarse insulina dentro del establecimiento educativo (Ver Grafico.16).

¿Te dejan inyectarte insulina dentro de la institución ante un Hiper glucemia?

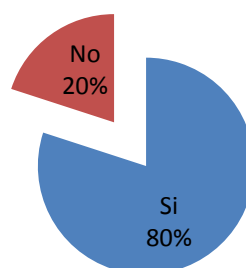


Grafico.16

Bajo el Escalamiento tipo Lickert, los alumnos diabéticos pudieron evaluar desde su percepción, como era el cuidado de su enfermedad según diferentes grupos de personas prepuestas, de los cuales: el 80% de los participantes calificó a la familia como “Excelente” y el 20% restante como “Bueno”; el 40% califico a sus compañeros con “Excelente”, un 40% como “Bueno” y el 13% como “Regular”.

Cuando calificaron a sus maestros, solo el 53% lo consideró “Excelente”, un 20% “Bueno”, otro 20% como “Malo” y un 7% como “Regular”. (Ver Grafico.17)

Como califica el alumno a maestros sobre su cuidado

■ Malo ■ Regular ■ Bueno ■ Excelente

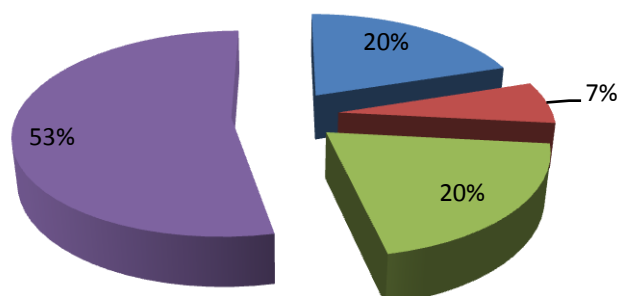
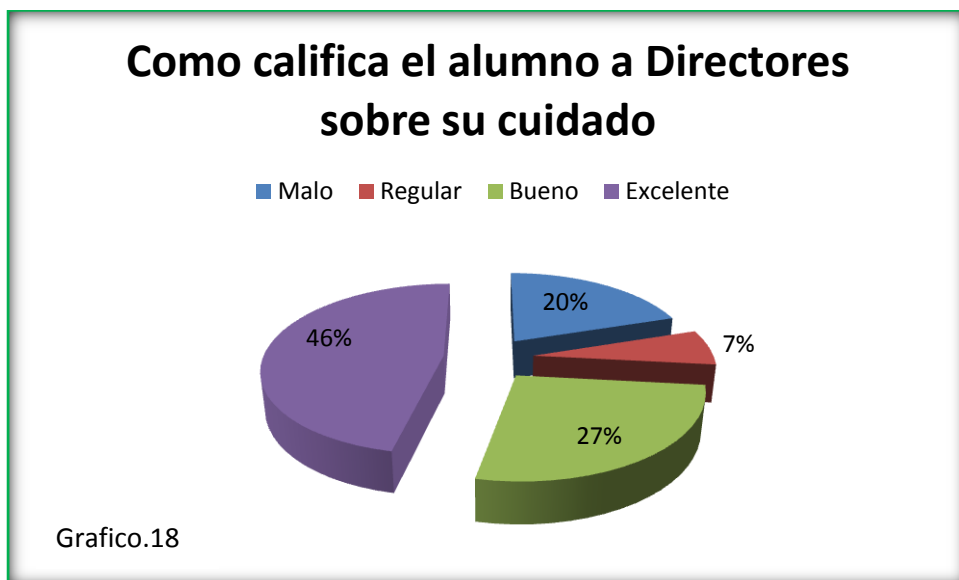


Grafico.17

Este porcentaje no varió mucho cuando tuvieron que responder en base a los directivos de las instituciones educativas: solo el 46% lo calificó como “Excelente”; el 27% lo consideró “Bueno”; el 7% respondió “Regular” y el 20% restante “Malo”. (Ver Grafico.18)



CAPITULO VI: Conclusión

De acuerdo con los criterios reiteradamente defendidos por la American Diabetes Association (ADA), la escuela debería garantizar al niño con diabetes un entorno seguro desde el punto de vista sanitario, que permita la aplicación de los tratamientos más eficaces para el control de la diabetes y facilite la plena participación en las actividades escolares y extraescolares. (Klingensmith, Kaufman, Schatz, y Clarke, 2003). Además, un aula escolar podría no ser el espacio limpio y adecuado que ayude para el desarrollo del tratamiento indicado.

Si bien la condición de diabetes de los niños es, casi siempre, conocida por los profesores, éstos no les ayudan con el control de la glucemia, con la administración de insulina, ni a tratar situaciones de emergencia (por ejemplo, la hipoglucemia). La falta de ayuda necesaria puede tener como resultado que el niño sea excluido de las actividades escolares.

Se recuerda que la escolarización; es un factor importante en el desarrollo psicomotor, afectivo, cognitivo y social de la persona, especialmente en las situaciones en las que se ha de hacer frente a la enfermedad. Asegurar las condiciones de mayor normalidad no sólo repercutirá en las perspectivas futuras de desarrollo, sino que contribuirá a llenar de contenido la vida cotidiana y a sobrellevar las dificultades que la enfermedad genera en cada momento.

Como el tratamiento está encaminado a mantener la glucemia lo más próxima posible a la normalidad y considerando el tiempo que los niños con diabetes permanecen en el centro escolar, la supervisión del docente, sobre todo en los niños más pequeños, es fundamental para garantizar el adecuado cumplimiento del mismo, minimizando el riesgo de complicaciones agudas y, en caso de que aparezcan, tratándolas de la manera más precoz posible.

Galogow, McCaul y Schafer (1986) afirman que el grado de responsabilidad que se le exige al diabético respecto del manejo de su enfermedad, el dominio de distintas destrezas que ello implica y las exigencias de puntualidad en la realización de las mismas, suponen tareas difíciles de afrontar. Sin olvidar que estas tareas han de llevarse a cabo en un contexto social cuyas condiciones, en muchas ocasiones, suponen un obstáculo para que el diabético siga su tratamiento.

En consecuencia, el aislamiento social del diabético, es el resultado de la dificultad objetiva o subjetiva que el paciente encuentra para conciliar las condiciones y exigencias del medio en que desarrolla su actividad y el cumplimiento del tratamiento

en general o de las recomendaciones que se le han ofrecido para su cuidado, en particular.

Por lo expresando anteriormente y a través del análisis e interpretación de los datos obtenidos por medio de la aplicación de los instrumentos utilizados, es que se puede afirmar que actitudes de los profesionales de la educación influyen negativamente en el tratamiento médico de sus alumnos. Ya que; son las relaciones sociales en general, las que pueden contribuir a que el diabético logre una identidad social positiva, en la medida en que sean capaces de percibirlo como una persona igual a los demás, pero que a su vez requiere cumplir un tratamiento; la comprensión, apoyo y aceptación que provenga de los demás confiere al diabético seguridad y confianza.

Aunque la actitud del profesorado, en general, contraría intervenciones propias de la asistencia sanitaria, queda relativamente justificada debido a las consecuencias legales que podrían derivarse de una intervención desafortunada. Sin embargo, recibir información sobre la diabetes en general y sobre el tratamiento del niño diabético a su cargo, resulta imprescindible para comprender determinadas actitudes y comportamientos de los escolares con esta enfermedad. Ésta es la medida más solicitada por los propios escolares quienes manifiestan que a medida que van creciendo y se acercan a la pubertad, el personal de las instituciones educativas van desatendiendo las exigencias del tratamiento médico y disminuye el apoyo emocional.

La adolescencia resulta una edad crítica de adaptación, una edad particularmente vulnerable y necesitada de orientación y apoyo, que, en general, no es tenido en cuenta por los docentes, según los resultados de los cuestionarios administrados. La suma de la condición propia del adolescente y las condiciones específicas del tratamiento, pueden conllevar a la aparición de trasgresiones del individuo que lo llevan al descontrol metabólico. De ahí que resulte de gran importancia para este estudio destacar que la totalidad de los escolares manifiesta que una de las ayudas en el colegio que podrían mejorar el cuidado de su enfermedad sería la educación a los docentes sobre cómo tratar las hipoglucemias y la diabetes en general. La información acerca de la enfermedad al entorno cercano parece ser una de las mayores necesidades de los estudiantes, quienes, además, adhieren en un 93% a que se informe también a sus compañeros.

Especial atención merece la hipoglucemia, cuyos síntomas y signos dice saber reconocer tan sólo el 33% de los profesores. A pesar de que la mayoría de los escolares refiere haber padecido al menos una hipoglucemia grave en la escuela, no se dispone de glucagón en la mayoría de los centros, ni existe un responsable que esté dispuesto a

administrarlo. Un 53% de los escolares, expresa la necesidad de que haya presencia de un enfermero dentro de la institución.

Por otra parte, en algunos centros educativos, no se permite la ingesta de alimentos dentro del salón (13%) - lo cual es necesario en caso de una hipoglucemia -, ni la aplicación de insulina dentro del establecimiento (20%), siendo ésta la única alternativa en caso de una hiperglucemia.

En ocasiones han sido las propias asociaciones de diabéticos las que se han responsabilizado de la tarea de informar y formar al profesorado, gracias a la colaboración voluntaria de madres y padres de niños diabéticos que ofrecen a los centros escolares su experiencia personal en el cuidado de la enfermedad. (American Diabetes Association, 2007). Las mismas asociaciones y la Fundación para la Diabetes han promovido la publicación de «Guías de orientación para el profesorado» con fin de informar a los profesionales de la educación sobre la enfermedad y los cuidados que ésta demanda.

Por discurso común durante la administración de los cuestionarios, los padres de los participantes escolares expresaron que en la mayoría de los casos han tenido que variar el plan de autocontrol y administración de insulina, debido a la falta de ayuda por parte de los docentes y directivos. En muchas situaciones, han modificado su actividad laboral para poder tener la disponibilidad horaria que las necesidades de la enfermedad demandan, y en las cuales la institución educativa no colabora. A su vez, agregaron que, debido a la falta de control en el menú y la alimentación que ofrecen los comercios dentro del establecimiento (86%), los alumnos diabéticos no cuentan con los productos permitidos dentro del plan de alimentación indicado en su tratamiento médico.

En conclusión, este trabajo expresa que la plena integración del niño con diabetes en la comunidad escolar presenta serias dificultades debido a la naturaleza de la enfermedad y la complejidad de su tratamiento. Además, las diferentes actitudes ejercidas por el personal en las instituciones educativas, no permiten un ámbito propicio para la realización del tratamiento indicado, el cual impone una serie de demandas conductuales a los alumnos donde se hace necesario del apoyo, contención y control de un adulto. Cabe destacar que la falta de conocimiento y los conceptos erróneos sobre la diabetes que mantienen y promueven el personal escolar, los compañeros de estudios y los padres de otros estudiantes, a menudo, son la raíz de una estigmatización y discriminación.

Finalmente, el papel de la escuela para la integración del niño o adolescente con diabetes es decisivo, ya que puede potenciar situaciones de convivencia no

discriminatorias, fomentar hábitos de autonomía, y posibilitar la adquisición de contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales que ayudarán al desarrollo del niño en todas sus potencialidades.

En cuanto a las debilidades y fortalezas del trabajo, podría decirse que presenta una limitación en lo que respecta al tamaño de la muestra. Pero a pesar de que la misma es pequeña, este trabajo abre puertas a futuros y mejores estudios.

De cualquier modo, y con sus debilidades, el presente escrito sienta precedentes, en tanto el material teórico y estudios en la temática son más bien escasos en nuestro país y en toda Latinoamérica.

Quizás, en un futuro cercano, los responsables de implementar medidas que beneficien a personas con diabetes tomen cartas en el asunto para que los niños y jóvenes que padecen la enfermedad, no deban preocuparse también de las implicancias que la enfermedad mantiene con la escolaridad. Mientras tanto, estudios en epidemiología, tratamiento, prevención, cuidado y temáticas afines, son el único soporte para que la calidad de vida de las personas con diabetes se vea mejorada.

CAPITULO VII: Bibliografía

Agnese, L. (2008) El paciente con Diabetes Mellitus, su familia y su entorno: como atenuar el impacto del diagnóstico y la evolución de la enfermedad. *Curso Internacional Niños y Jóvenes con Diabetes*, 16 (4), 132-133.

Agramonte, A., Ledón, L. y González, P. (2008) Salud y sexualidad en adolescentes con diabetes mellitus. En: L. Álvarez, A. y Rodríguez, G. Sanabria (Eds.). *Salud sexual y reproductiva en adolescentes: Gestión, promoción e investigación* (pp. 109-126) La Habana: Casa Editorial Abril.

Amillategui, B., Calle, J.R. y Alvarez, M.A. (2007) Identifying the special needs of children with type 1 diabetes in the school setting. An overview of parents' perceptions. *Diabet Med.*, (24), 1073-1079.

Anderson, B. J., Goebel-Fabbi, A. E. y Jacobson, A. M. (2005) Behavioral research and psychological issues in diabetes: Progress and prospects. En: K. Ronald, W. Gordon, K. George, J. Alan, M.J. Alan y S. Robert (Eds.). *Joslin's Diabetes Mellitus* (pp. 633-648) (14° ed.) Chicago: Lippincott, Williams & Wikins.

Anguita, M.C., Gómez, A., Llobet, M. y Yoldi, C. (2009). Educación terapéutica sobre diabetes en la infancia. *Actividad Diabética*, 13 (3), 101-107.

Asenjo, S., Muzzo, S., Pérez, M., Ugarte, F., Willshaw, M. (2007) Consenso en el diagnóstico de la Diabetes tipo 1 del niño y adolescente. *Revista Chile Pediatría*, 78 (5). 534-541

Alemzadeh R. (2011). *Diabetes Mellitus*. En Kligman, R. (ed.) *Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: Saunders.

Alfaro, J., Simal, A., Botella, F. (1999). Tratamiento de la diabetes Mellitus. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24 (2-2000), 34-42.

Arangurem, M. F. (Noviembre, 2012). Impacto de la Hipoglucemia en la persona con diabetes: Hipoglucemias no percibidas. En congreso XVIII Congreso Argentino de Diabetes, Buenos Aires.

Armengol, E., Losada, M. (2010). *Desarrollo de un Programa Educativo Estructurado en Diabetes para Pacientes Pediátricos*. *Avances en Diabetológica*, 26, 203-207.

American Diabetes Association (2007). Diabetes Care in the School and Day Care Setting. *Diabetes Care*, 30 Suppl 1:66-73

Asociación Latinoamericana de Diabetes (2006). Clasificación de la Diabetes. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2, 14 (3), 104-105.

Barrio, R., Méndez Castedo, P., Rodegas, J. (2004). *ABC de la Diabetes. El niño con diabetes: La familia y la escuela*. (1º ed.) Madrid: Copyright

Belendez, M., Ros, M.C., Bermejo, R.S. (1999) *Diabetes infantil: Guía para padres, educadores y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Belton, A. y Pansier, B. (2013). Proteger los derechos de los niños: la FID y sus colaboradores presentan el proyecto “Kids and Diabetes in Schools”. *Diabetes Voice*, 58 (1), 13-15.

Bimbela Pedrola, J. L. (2003). *Cuidando al cuidador. Couseling para médicos y otros profesionales de la Salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Publica.

Bodas, P., Marín, M. C., Amillategui, B., Aran, R. (2008). Diabetes en la escuela. Percepciones de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. *Avances en Diabetología*, 24 (1), 51-55.

Colino, E. (2006). *Tratamiento con bomba de infusión continua de insulina en niños y adolescentes con diabetes tipo 1*. Anuario de la Diabetes 2006. Informe recuperado de:
http://www.fundaciondiabetes.org/diabetesinfantil/articulos/tratamiento_conbombas.htm#arriba
13/01/2014

Corominas, J. (2005). *El niño con diabetes en la escuela*. Asociacio de Diabetics de les Comarques Gironines. Informe recuperado de:
<http://www.fundaciondiabetes.org/diabetes/cont05m.htm> 20/12/2013

Costa Gil, J., Fuente, G., Cagide, A., Salzberg, S., Buso, C., Toniatti, M., Ozuna, B. (2008) Opiniones y recomendaciones Tratamiento de la diabetes mellitus con insulina Actualización año 2007. *Sociedad Argentina de Diabetes*, 42 (3) 1-20

Costa Gil, J., Ferraro, M., Ruiz, M., Litwak, L. (2012). Guía para el uso de bombas de insulina en Argentina. *Sociedad Argentina de Diabetes*, 46 (1) 2-4

Fundación CUI.D.AR (2011). *Primer estudio de investigación sobre diabetes infantojuvenil*. Informe recuperado de:

<http://www.cuidar.org/miembros/?arch=encuesta.php> 24/7/2011

De Alva, M.L. (1994) Enseñanza eficaz de los educadores: problemas a los que se enfrentan. En *15° Congreso de la FID en Kobe*, Japón.

Dreier, O. (1999). Trayectorias personales de participación a través de contextos de práctica social. *Psicología Cultural*, 3 (1), 28-50.

Ellis S., Speroff T., Dittus R., Brown A., Pichert J., Elasy T. (2004). Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient Educ Couns*, 52(1), 97-105.

Gagliardino, J. J. (2010) La prevalencia de diabetes en la población argentina es de 8.5%. *BaireSalud*. Recuperado de: <http://www.baires-salud.com.ar/diabetes-15/-la-prevalencia-de-diabetes-en-la-poblacion-argentina-es-de85-239.html> 15/01/2014

Garay-Sevilla et al (2000) Perceived psychological stress in diabetes mellitus type 2. *Rev Invest Clin*; 52(3), 241–245.

García Monje, J. A. (1997). *Treinta palabras para la madurez*. Bilbao: Descleé de Brouwer eds.

Gois, C.J. et al (2010). Psychological adjustment to diabetes mellitus: highlighting self-integration and self-regulation. *Acta Diabetológica*, 49 (1).

Hatun, S. y Özcan, S. (2013) Programa nacional en Turquía: Diabetes en la escuela. *Diabetes Voice*, 58 (1), 21-23.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2010) *Metodología de la Investigación (5° ed.)* México: McGraw-Hill Interamericana.

Hidalgo C, Carrasco E. *Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile. 1999.

Hurtado Núñez, F. J. (2007). Trastornos Psicológicos en la adolescencia de pacientes con diabetes. *Avances en Diabetología*, 23 (2), 100-104.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. (2004). La población con discapacidad en Argentina: resultados de la Encuesta Nacional de

Personas con Discapacidad, 2002-2003, complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Klingensmith, G., Kaufman, F., Schatz, D. y Clarke, W. (2003) Care of children with diabetes in the school and day-care setting. *Diabetes Care*, 26, 131S-135S.

Kyngäs H, Kroll M, Duffy T. Conceptual analyses of concept compliance. *J Clin Nurs* 2000; 9: 5-12.

Labrador, et al. (1998) *Técnicas de modificación de Conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ledón, L., Chirinos, J., Hernández, J.A., Fabré, B. y Mendoza, M. (2004). El precio de la transformación: reflexiones desde la experiencia de personas viviendo con endocrinopatías. *Rev Cubana Endocrinol*, 15 (3).

Ledón Llanes, L. (2008). El desafío de vivir con enfermedades endocrinas: algunas anotaciones para la atención en salud. *Rev Cubana Endocrinol* 19 (2), 181-191.

Ledón Llanes, L. (October 18th-22th, 2009) Coping processes in people living with Diabetes Mellitus: experiences and challenges. Poster Discussion. *20th World Diabetes Congress*, Montreal. IDF

Lo, R. (1999). Correlates of expected success at adherence to health regimen of people with IDDM. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 418-424.

López, G. (2006) Tratamiento no farmacológico de la DM2. *Guías ALAD de diagnostico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2*, 14 (3). 117-118

Lorente, I. (2007). Falta de aceptación de la diabetes: un enfoque diagnostico y terapéutico. *Avances en Diabetología*, 23 (2), 96-99.

Maldonato, A., Bloise, D., Ceci, M., Fraticelli, E. y Fallucca, F. Diabetes Mellitus: Lessons from patient education. *Patient Educ Couns* 1995; 26: 55-66.

Martin, E., Querol, M. T., Larsson, C., Renovell, M. y Leal, C. (2007). Evaluación Psicológica de Pacientes con Diabetes Mellitus. *Avances en Diabetología*, 23 (2), 87-93.

Méndez López, D.M., Gómez López, V.M., García Ruiz, M.E., Pérez López, J. H. y Navarrete Escobar, A. (2003). Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS*, 42 (4), 281-284.

Montagna G., Manucci C. Ramos O., Santillán S., Agnese L., Moreno I. (2008). Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1. *Curso Internacional Niños y Jóvenes con Diabetes*, 16 (4), 129-131.

Montori V. (2004) Review: interventions focusing on patient behaviors in provider-patient interactions improve diabetes outcomes. *ACP J Club*, 140(2), 51.

Moreno, I. (2008). El deporte y la actividad lúdica, ¿Cómo obtener solo ventajas? *Curso Internacional Niños y Jóvenes con Diabetes*, 16 (4), 133-134

Murillo, S. (2006) Prescripción del ejercicio físico en la diabetes: Aplicación de programas de ejercicio. En A., Novials, A., Chico (Eds.). *Diabetes y Ejercicio*. (pp. 67-88). Barcelona: Ediciones Mayo SA

Mustaca, A.E. y Bentosela, M. (1995). Estados psicológicos, salud y enfermedad. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13(1), 53-57.

Navarro Despaigne, D.A. (2007). *Aspectos psicológicos y sociales de la Diabetes Mellitus*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

Organización Mundial de la Salud. Comité Experto en Diabetes Mellitus (2012). *Diabetes*. Nota descriptiva N° 312

Pereira F., y Palacios, X. (2001). Un sistema de control de contingencias para la generación, perfeccionamiento y mantenimiento de conductas de control de riesgos biológicos y profesionales en el personal de salud que manipula, prepara y administra agentes anti neoplásicos. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología* 1 (1), 27-55.

Pérez, A., Carreras, G. (2006). Prescripción del ejercicio Físico en la diabetes: Ajuste del tratamiento y adaptación de las complicaciones tardías. En A., Novials, A., Chico (Eds.). *Diabetes y Ejercicio*. (pp. 89-109). Barcelona: Ediciones Mayo SA

Peyrot, M. y Rubin, R. (2007). Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual review. *Diabetes Care*, 30 (10), 2433-2440.

Pineda E., Alvarado E. & Hernández F. (1994). *Metodología de la Investigación: universo y muestra*. Organización Panamericana de la Salud (2ª ed.).

Portilla, L., Romero, M. I. y Román, J. (1991). El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. *Revista Latinoamericana de psicología*, 23 (2). 199-205.

Reyes, L. M., Garrido, G. A. y Torres, V. L. (2001). Relación familiar de enfermos en espera de trasplante cardiaco. *Psicología y Salud*, 11 (1), 147-153.

Rocamora, A. (2006). *Creecer en la crisis: Como recuperar el equilibrio perdido* (3º ed.). Bilbao: Descleé De Brouwer eds.

Rodríguez Marín J., López Roig S. y Pastor, A.M. (1990). Estrategias de afrontamiento de la enfermedad. En: S., Barriga, J. M., León, M. F., Martínez, I. F., Jiménez (eds.). *Psicología de la salud: aportaciones desde la psicología social*. (pp. 159-196). Madrid: Sedal

Ryden, O., Johnsson, P., Nevander, L., Sjoblad, S. y Westbom, L. (1993). Cooperation between relations to metabolic parents in caring for diabetic children: control and parents' field- dependence-independence. *Diabetes Research and Clinical Practice* 20, 223-229.

Sánchez Palomino, A. y Pulido Moyano, R. (2007) *El centro educativo: una organización de y para la diversidad*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

Santacruz-Varela J. (1983) La familia como unidad de análisis. *Rev Med IMSS*, 21(4), 348-357.

Santillan, S. (2008). Educación. La importancia del Automonitoreo: nuevos métodos didácticos y su alcance pedagógico. *Curso Internacional Niños y Jóvenes con Diabetes*, 16 (4), 131-132.

Seiffge-Krenke, I. (2001). *Diabetic adolescent and their families*. Cambridge, MASS: Cambridge University Press.

Simón M. A. (1999) *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S. L.

Surwit R. et al. (2001) Diabetes and behavior: a paradigm for health psychology. *American Psychologist* 2001

Thierer, J. (2006) Insuficiencia cardiaca y diabetes. *Revista Argentina de Cardiología*, 74 (1).

Torpy, J., Lynm, C., Glass, R. (2009). *Diabetes*. Journal of de American Medical Association. 301, (15)

Valadez-Figueroa I.A., Aldrete-Rodríguez M.G., Alfaro-Alfaro N. (1993) Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Pública Mex*, 35(5) ,464-470.

Varo Cenarruzabeitia, J., Matinez Hernández, A., Martinez-Gonzalez, M. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica*, 121 (17). 665-672.

Vico Polo, V.A. (2011). *La diabetes en el centro escolar*. España: Publicatuslibros.com

Vitoria-Gasteiz (2008). *Guías de Práctica Clínica en el SNS* (1º ed.). País Vasco: Estudios Gráficos ZURE S.A.

World Health Organization. *Definition, Diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation*. Part1: Diagnosis and clasification of diabetes mellitus. Geneve: World Health Organization; 1999.

CAPITULO VIII: Anexo

8.1 Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

La influencia de las actitudes del personal de establecimientos educativos en el tratamiento médico de niños y adolescentes con diabetes de la ciudad de Rosario

INVESTIGADOR:

Jesica Fernández Trinidad (Universidad Abierta Interamericana)

INTRODUCCIÓN:

La institución educativa a la que usted pertenece ha sido invitada a participar en un estudio de investigación con el respaldo de la Universidad Abierta Interamericana. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que desee, para asegurarse de entender los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El presente trabajo se centra en estudiantes diagnosticados con algún tipo de diabetes y el objetivo central del estudio es recolectar datos acerca de la influencia que el conocimiento y las actitudes del personal docente y no docente ejerce sobre los cuidados de los alumnos diabéticos.

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

Básicamente, consiste en la administración un cuestionario a los estudiantes, docentes, directivos y personal no docente que deseen participar del estudio. El mismo es completamente voluntario y tanto la escuela como los alumnos pueden abandonarlo en cualquier momento. No es necesario que asistan al establecimiento estudiantes diagnosticados con diabetes.

PROCEDIMIENTOS:

Para la recolección de información se solicitará a los voluntarios que completen los cuestionarios que se adjuntan al final de este documento. Se trata de un instrumento que cuenta con 20 ítems para los estudiantes y 27 ítems para el personal docente y no docente. Ambos cuestionarios, generados por la ONG CUI.D.AR. y adaptado para este estudio en particular, exploran aspectos relacionados con el cuidado, conocimiento y actitudes frente a la diabetes.

RIESGOS O INCOMODIDADES:

En este estudio los participantes podrían sentir algún nivel de ansiedad o presión respecto a sus respuestas, al mismo tiempo que pueden sentir que se vulnera su privacidad, puesto que las preguntas apuntan a sus comportamientos o niveles de conocimiento. Sin embargo, en ningún momento del estudio, se juzgarán tales conductas ni los resultados obtenidos.

BENEFICIOS:

La institución educativa o los estudiantes no recibirán ningún beneficio económico por tomar parte en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento acerca del tema en cuestión. Solo con la contribución solidaria de muchas personas como ustedes será posible comprender mejor los factores que inciden en este tipo de agresión y permitirá desarrollar más y mejores técnicas de intervención.

Como retribución por su colaboración, se prevé una capacitación sobre el tema al cuerpo docente y/o padres, según se coordine oportunamente con los directivos.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

La información personal que se brinde en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna otra persona, bajo ninguna circunstancia. A los cuestionarios se les asignará un código, de forma tal que en ningún momento se requerirán los nombres de los participantes ni el de la escuela, por lo que los investigadores, evaluadores y lectores del trabajo no conocerán las identidades.

ESTUDIOS FUTUROS:

Los resultados de la investigación pueden ser publicados en congresos o revistas de literatura científica, pero se garantiza que la identificación de los participantes no aparecerá en estas publicaciones. Asimismo, es posible que en el futuro los resultados de la evaluación sean utilizados para otras investigaciones cuyos objetivos y propósitos

no aparecen especificados en el presente. Si esto llegara a suceder, toda la información será entregada de manera codificada para garantizar que no se revele ningún dato de identificación. De igual manera, si otros grupos de investigación solicitaran información para hacer estudios cooperativos, la información se enviará también de forma anónima.

A continuación, usted, en calidad de director/a, vicedirector/a, preceptor/a, docente, no docente o padre declara que ha sido debidamente informado sobre los procedimientos y alcances de la investigación, que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias para las mismas y acepta su participación o la de su hijo en el estudio.

Nombre o sello del responsable del establecimiento
o padre del alumno

Nombre o sello del Investigador Principal

Firma del responsable del establecimiento o
Padre

Firma del Investigador Principal

8.2 Cuestionario Escolares Diabéticos

1) Sexo:

- ☐ Varón
- ☐ Mujer

2) Edad:

3) Tipo de colegio:

- ☐ Público/Estatal
- ☐ Privado
- ☐ Mixto

4) ¿Cuántas veces al día medís tus niveles de azúcar en sangre? :

5) ¿Sabes aplicarte insulina vos solo?

- ☐ Si
- ☐ No

6) ¿Qué tipo de insulina utilizás?

7) ¿Cuántas veces al día te aplicás (o te aplican) insulina?

8) ¿Los docentes y/o directivos de la escuela están al tanto de tu diabetes?

- ☐ Si
- ☐ No

9) ¿Cuáles te parecen que son los mayores obstáculos o dificultades para controlar tu diabetes? (Podes elegir más de una opción)

- ☐ Falta de ejercicio físico
- ☐ Miedo a las complicaciones crónicas
- ☐ Miedo a la hipoglucemia
- ☐ Falta de recursos económicos
- ☐ Inadecuado cumplimiento por parte de las coberturas de salud
- ☐ Dificultad para aceptar la enfermedad
- ☐ Otros problemas psicológicos (ansiedad, depresión, irritabilidad, etc.)
- ☐ Falta de información y/o educación
- ☐ Falta de interés en incorporar mayores conocimientos
- ☐ Ninguno
- ☐ No sabe
- ☐ Otro:.....

10) ¿Cuánto considerarás que la diabetes afecta tu rendimiento escolar?

- ☐ Nada
- ☐ Un poco
- ☐ Algo
- ☐ Bastante
- ☐ Muchísimo

11) ¿Ocultás que tenés diabetes?

- ☐ No
- ☐ Sí ¿A quién/es?

.....

12) ¿Sentiste alguna vez que tus compañeros te discriminaron o aislaron a causa de tu diabetes?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Mis compañeros no saben que tengo diabetes

13) Si tuvieses que completar la siguiente frase: “Debido a mi diabetes, más de una vez tuve que...” ¿Qué dirías?: (podes elegir más de una opción)

- ☐ Faltar a clase
- ☐ No salir a pasear, de excursión, y/o de viaje
- ☐ Dejar de participar en alguna actividad
- ☐ Dejar de participar en alguna actividad física
- ☐ No afecta mi vida en nada
- ☐ No sé
- ☐ Otro:.....

14) ¿Te parece que en el colegio saben reconocer una hipoglucemia?:

- ☐ Sí
- ☐ No

15) ¿Qué tipo de ayuda en el colegio te parece que podría mejorar el cuidado de tu diabetes? (podés elegir más de una opción)

- ☐ Que haya jugo dulce, gaseosa dulce o azúcar
- ☐ Que se les dé información a mis compañeros/as acerca de la diabetes
- ☐ Que los/as profesores/as estén informados sobre cómo tratar una hipoglucemia
- ☐ Que los/as profesores/as estén informados sobre la diabetes en general
- ☐ Que haya un/a enfermero/a en la escuela
- ☐ Que haya un mayor interés en la diabetes por parte del equipo directivo del establecimiento
- ☐ Que haya un mayor control del menú y la alimentación que ofrecen
- ☐ Que haya glucagón y que lo sepan aplicar
- ☐ Ninguna ayuda podría mejorar el cuidado de mi diabetes
- ☐ No sé
- ☐ Otro:.....

....

16) ¿Cuán necesario te parece que todos los docentes de chicos con diabetes tengan información sobre la enfermedad?

- ☐ Imprescindible
- ☐ Muy necesario
- ☐ Bastante necesario
- ☐ Poco necesario
- ☐ Nada necesario
- ☐ No sé

17) ¿Te parece que tus compañeros entienden qué es tener diabetes?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

18) En caso de hipoglucemia, ¿te permiten ingerir algún alimento para regularte dentro del salón?

- ☐ Sí
- ☐ No

19) En caso de hiperglucemia, ¿te permiten inyectarte dentro de la institución?

- ☐ Sí
- ☐ No

20) ¿Cómo evaluarías el cuidado de tu diabetes por parte de los siguientes grupos de personas?

	Malo	Regular	Bueno	Excelente	No sé
Familia					
Compañeros/as - Amigos/as					
Maestros/as - Profesores/as					
Médicos u otros Profesionales de la salud					
Directivos de las escuelas					

21) ¿Qué tan importante te parece que la escuela conozca sobre diabetes?

- ☐ Muy importante
- ☐ Algo importante
- ☐ Nada importante
- ☐ No sabe

8.3 Cuestionario Docentes

1) Sexo:

☐ Varón

☐ Mujer

2) Edad:

3) Ocupación

☐ Directivo

☐ Docente

☐ No docente

4) Tipo de colegio:

☐ Público/Estatal

☐ Privado

☐ Mixto

5) ¿Ha tenido o tiene alumnos/as con diabetes?

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

6) En general, ¿los padres informan en el establecimiento educativo cuando sus hijos/as tienen diabetes?:

☐ Siempre

☐ A veces

☐ Casi nunca

☐ Nunca

☐ No sé

7) ¿Cree que en general los/las niños/as y jóvenes con diabetes ocultan su enfermedad?

☐ Siempre

☐ A veces

☐ Casi nunca

☐ Nunca

☐ No sé

8) ¿Ha visto alguna vez que un/a niño/a o joven haya sido discriminado o aislado a causa de su diabetes?

☐ SI

☐ No

9) ¿Con qué frecuencia un/a alumno/a falta a clase a consecuencia de su diabetes?:

☐ Muy frecuentemente

☐ A veces

☐ Casi nunca

☐ Nunca

☐ No sé

10) ¿Considera que el diagnóstico de diabetes marca un antes y un después en la adaptación del niño/a o joven con diabetes a la vida escolar / académica?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ A veces
- ☐ No sé

11) Si un/a niño/a o joven con diabetes tuviera que hacerse un autocontrol durante la jornada escolar, ¿quién le ayuda en general a realizarlo?:

- ☐ Nadie
- ☐ No debería realizarlo dentro del establecimiento educativo
- ☐ Se acerca alguno de los padres o familiares
- ☐ Un/a profesor/a
- ☐ Un/a compañero/a
- ☐ Otra persona del colegio
- ☐ No necesita ayuda
- ☐ No sé

12) Si un/a niño/a o joven con diabetes tuviera que aplicarse insulina durante la jornada escolar, ¿quién le ayuda en general a realizarlo?

- ☐ Nadie
- ☐ No debería realizarlo dentro del establecimiento educativo
- ☐ Se acerca alguno de los padres o familiares
- ☐ Un/a profesor/a
- ☐ Un/a compañero/a
- ☐ Otra persona del colegio
- ☐ No necesita ayuda
- ☐ No sé

13) ¿Cuánto cree que sabe el personal docente acerca de la diabetes?

- ☐ Mucho
- ☐ Lo suficiente
- ☐ Sólo un poco
- ☐ Nada
- ☐ No sé

14) ¿Le parece que los/las compañeros/as de un/a niño/a o joven con diabetes, en general, entienden qué es tener diabetes?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

15) ¿Cómo resuelven en el establecimiento educativo las hipoglucemias? (puede elegir más de una opción)

- ☐ Las resuelve el mismo niño/a o joven
- ☐ Le dan de comer algo dulce
- ☐ Llaman a los padres
- ☐ No han tenido ninguna en el establecimiento
- ☐ Han llamado a un servicio de urgencias
- ☐ Le han administrado glucagón
- ☐ No han hecho nada

- ☐ No sé
- ☐ Otro:.....

16) ¿En el colegio hay glucagón?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

17) ¿Alguien en el colegio sabe aplicar glucagón?

- ☐ Si
- ☐ Sí, pero no se anima
- ☐ Sí, pero por norma no podría hacerlo
- ☐ No
- ☐ No sé

18) ¿Cuán necesario considera que el personal docente y no docente del establecimientos educativos tenga información y/o estén entrenado sobre los cuidados que los/las niños/as y jóvenes con diabetes necesitan?

- ☐ Imprescindible
- ☐ Muy necesario
- ☐ Bastante necesario
- ☐ Poco necesario
- ☐ Nada necesario
- ☐ No sé

19) ¿Alguna vez recibió entrenamiento y/o capacitación específica sobre los cuidados que requiere un/a niño/a y/o joven con diabetes dentro del ámbito educativo?:

- ☐ Si
- ☐ No

20) ¿Cuánto le preocupa la responsabilidad que tiene en el caso de tener alumnos/as con diabetes?:

- ☐ Mucho
- ☐ Un poco
- ☐ No me preocupa en absoluto
- ☐ No sé

21) ¿Considera que los padres delegan demasiada responsabilidad sobre el establecimiento educativo en cuanto al cuidado de la diabetes de su hijo/a?:

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

22) ¿Se siente cómodo/a trabajando con alumnos/as con diabetes?:

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Es indistinto
- ☐ No sé

23) ¿Considera que se sentiría más cómodo si tuviera un mejor conocimiento acerca de cómo reaccionar ante los cuidados que un/a niño/a o joven con diabetes requiere en el ámbito educativo?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

24) ¿Con qué frecuencia ha tenido que llamar a los padres de un/a alumno/a con diabetes por motivos relacionados con la misma?

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ A veces
- ☐ Casi nunca
- ☐ Nunca
- ☐ No sé

25) ¿Cómo evaluaría el cuidado de la diabetes de los/las niños/as y jóvenes con diabetes de parte de los siguientes grupos de personas?:

	Malo	Regular	Bueno	Excelente	No sé
Familia					
Compañeros/as - Amigos/as					
Maestros/as - Profesores/as					
Médicos u otros Profesionales de la salud					
Directivos de las escuelas					

26) ¿Considera que la diabetes puede afectar el rendimiento escolar / académico de los/las alumnos/as que tienen esta condición crónica?:

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe

27) ¿Qué tipo de ayuda en el establecimiento educativo cree Ud. que podría mejorar el control de la diabetes de un/a niño/a o joven con esta condición crónica?: (puede elegir más de una opción)

- ☐ Existencia de un/a enfermero/a
- ☐ Profesores/as informados/as sobre la diabetes en general
- ☐ Profesores/as informados/as sobre cómo tratar una hipoglucemia
- ☐ Información a compañeros/as acerca de la diabetes
- ☐ Mayor control del menú y alimentación existente
- ☐ Mayor interés en la diabetes por parte del equipo directivo del establecimiento
- ☐ Que haya glucagón y lo sepan aplicar
- ☐ Que haya jugo dulce, gaseosa dulce o azúcar
- ☐ Ninguna ayuda podría mejorar el cuidado de un/a niño/a o joven con diabetes
- ☐ No sé
- ☐ Otro:.....